

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1897-98. — N° 86

DES BARTHOLINITES

ET

DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 29 janvier 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Léon JALABERT

Né à Lyon le 25 mars 1871

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1897-98. — N° 86

DES BARTHOLINITES

ET

DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 29 janvier 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Léon JALABERT

Né à Lyon le 25 mars 1871

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

—
1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

	MM.
Cliniques médicales.	LEPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophthalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TES FUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (Maurice).
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOUPLIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé
Accouchements : POLLOSSON (Aug.), —
Botanique BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	MOREAU.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	CAUSSE, chargé des
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	fonctions d'agrégé.
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	BORDIER, id.
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	
GANGOLPHE.	COLLET.	BARRAL.	

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. SOULIER, Président; M. HUGOUNENQ, Assesseur;
MM. DEVIC et COLLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Affection et reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR CORDIER

Chirurgien en chef de l'Antiquaille

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SOULIER

M. le D^r Cordier a été notre premier maître dans les hôpitaux.

C'est dans son service que nous avons appris, pour la première fois, à observer, avec méthode, les formes si variées que présentent, en clinique, les diverses maladies, à poser un diagnostic, à rechercher le traitement convenable suivant les individus et les organismes ; c'est lui qui, au terme de nos études médicales, a bien voulu nous fournir encore le sujet de notre thèse, et nous diriger dans notre travail.

Qu'il reçoive ici nos plus sincères remerciements.

M. le professeur Soulier a bien voulu s'intéresser à nous et nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de vouloir bien agréer ici l'expression de notre vive et respectueuse gratitude.

AVANT-PROPOS

Bien que n'ayant en vue dans cette étude sur les bartholinites que la partie clinique de la maladie, il nous a paru intéressant d'y joindre un court aperçu historique et de rechercher, comme Huguier l'avait fait en 1846 pour ses prédécesseurs, les auteurs qui depuis lui se sont occupés de la question.

Nous avons donc divisé notre travail en six parties.

La première est exclusivement consacrée à l'histoire.

Dans la seconde nous étudions les causes qui président à l'inflammation aiguë ou chronique de la glande vulvo-vaginale.

Les différentes formes de bartholinites sont décrites dans la troisième.

Le pronostic et le diagnostic occupent les deux chapitres suivants.

Enfin le traitement fait l'objet de la sixième partie.

DES BARTHOLINITES

ET

DE LEUR TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

Historique

La bartholinite, ou inflammation des glandes signalées pour la première fois en 1677, dans l'espèce humaine, par Gaspar Bartholin (1), sur les parties latérales et postérieures du vagin et appelées par lui : prostates de la femme, inflammation qui peut se présenter en clinique, comme nous le verrons plus loin, sous des formes variées, n'était guère connue avant 1846.

C'est à cette époque que Huguier, dans la lecture à l'Académie de médecine de son *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes gén-*

(1) *De ovarii mulierum*. Romæ, 1677.

taux externes de la femme, fit connaître la pathologie des organes mucipares conglomérés de la grande lèvre, après les avoir, comme il le dit lui-même, découvertes de nouveau chez des malades de son service de Lourcine.

Car, si l'on remonte dans l'histoire de la médecine, on voit que dès le XVII^e siècle, les glandes vulvo-vaginales ou leurs conduits n'avaient pas échappé à quelques anatomistes, parmi lesquels il faut citer tout d'abord Joseph Duverney, un Forézien, qui le premier les aperçut nettement chez la vache, les décrivit ensuite chez la femme (quelques années même avant Bartholin qui lui reconnaît cette priorité), et les nomma glandes vaginales.

Il est vrai qu'avant eux, Plazzoni avait, dès 1631, dans son livre *De partibus generationi inservientibus*, mentionné en dedans des grandes lèvres, près de l'orifice vaginal, l'existence de deux trous borgnes ou lacunes contenant une humeur séro-muqueuse, excrétée surtout pendant la copulation, et que Rolfinck en 1633, Spigel en 1664, de Graaf en 1672, avaient fait la même remarque aussi bien sur le vivant que sur le cadavre.

Cowper indiqua à son tour, vers 1698, l'existence de deux glandes volumineuses situées à l'anneau vulvaire, et munies chacune d'un conduit venant s'ouvrir de chaque côté, à la partie inférieure du vagin.

Au commencement du XVIII^e siècle, Santorini précisa la situation des glandes étudiées par Duverney; Boerhaave, dans son *Traité de la syphilis*, leur consacra quelques lignes d'anatomie, et le premier

montra le rôle qu'elles jouent quelquefois dans la gonorrhée de la femme ; Morgagni observant vers 1719 les conduits qui occupent le milieu de l'orifice vaginal, en remarqua, sur quelques sujets seulement, un, plus long que les autres, qui aboutissait à une glande arrondie d'une grosseur assez notable, mais malgré d'autres recherches faites pour découvrir sur d'autres corps la même glande aussi développée, recherches restées infructueuses, il ne soupçonna pas qu'il avait eu affaire dans les premiers cas, à une dilatation pathologique ; René de Garengeot insista, dans son *Anatomie des viscères*, parue aux environs de 1728, sur la bilatéralité, le conduit excréteur, la vascularité de cette glande que, dit-il, les anatomistes de son temps nommaient : lacunes ; de la Mettrie, quelques années après (1739) en parla, au point de vue anatomique dans son *Traité de la maladie vénérienne* ; Winslow signala aussi deux petits trous ou lacunes conduisant par deux petits tuyaux à deux corps folliculeux situés dans l'épaisseur des lèvres, et dont sortait, en les pressant, une liqueur visqueuse ; vers la même époque, Verdier (1746) et Didier (1753), auteurs, le premier d'un *Traité anonyme d'anatomie*, le second d'un *Traité de splachnologie*, distinguèrent aussi les lacunes ou orifices des conduits excréteurs, des glandes ou corps folliculeux ; Astruc (1), traduit par Louis, décrivit chez la femme les glandes dites de Cowper, situées dans le périnée, près de l'anus, et s'ouvrant par deux conduits qui

(1) *Traité des maladies vénériennes*, tome III.

sont au commencement du vagin, près de la naissance des caroncules myrtiliformes, il reconnut de plus qu'elles sont souvent le siège de la gonorrhée virulente, et en étudia la pathologie ; Daran (1) ne fit que reproduire les idées d'Astruc, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique ; Haller, poète, médecin et anatomiste qui écrivit les *Mulierbra* vit bien au-dessous de l'hymen deux ou trois grandes lacunes donnant de l'humeur blanchâtre, mais jamais de corps glandulaires ; Benjamin Bell ne porta guère son attention sur ces organes ; Hunter (1786) les connut mieux, ainsi que leurs conduits et, comme Astruc, comme Daran, remarqua que dans la gonorrhée, l'inflammation de la surface des parties, gagnant la profondeur des grandes lèvres, peut y causer des tumeurs dures qui s'abcèdent, et dont le pus vient sourdre près de l'orifice du vagin ; enfin Sabatier, en 1791, donna des prostates de la femme une description anatomique assez exacte.

Plus tard, les glandes vulvo-vaginales tombèrent dans l'oubli ; et au commencement de notre siècle, Portal en 1804, Boyer en 1815 et Cloquet ne virent plus guère que les appareils folliculaires, sébacés ou muqueux, de la vulve ; Cruveilhier dans son *Traité d'anatomie* garda le même silence sur la découverte de Bartholin.

Cependant Grimaud et Martin Saint-Ange, en parlèrent de nouveau en 1837 dans leur *Histoire de la*

(1) *Traité de la gonorrhée virulente des hommes et des femmes.*
Paris, 1756.

génération de l'homme et insistèrent sur l'éjaculation que produisent, pendant le coït, les glandes dont nous nous occupons. Quelques années avant eux, en Angleterre, Taylor et Knox les avaient vues aussi chez des femmes de quatre à soixante-quatorze ans, et toujours plus apparentes chez celles d'entre elles qui avaient atteint la puberté ou n'avaient pas dépassé la quarantaine ; Tiedmann, en Allemagne, signala en 1840 quelques-unes de leurs anomalies ; l'année suivante, Robert, en France, s'occupa de l'inflammation des appareils folliculaires muqueux de la vulve, et confondit avec eux la glande vulvo-vaginale qui, pour lui, n'était qu'un follicule plus gros que les autres ; Bois de Loury, de son côté, publia en même temps un bon mémoire sur les kystes de la vulve, mais il n'en fit pas connaître le siège anatomique exact ; Vidal, lui aussi, avait remarqué que dans certains abcès des grandes lèvres, le pus vient sourdre par un petit pertuis au voisinage des débris hyménéaux.

Mais en somme, jusqu'à Huguier, comme nous venons de le voir, se furent surtout l'anatomie et la physiologie de la glande qui occupèrent les auteurs ; au contraire, quand le chirurgien des hôpitaux Beaujon et de Lourcine eut, par son mémoire, attiré l'attention de ses collègues sur les maladies auxquelles elle peut être sujette, la clinique reprit ses droits ; on rechercha la bartholinite jusqu'alors confondue soit avec des abcès vulgaires des lèvres, soit même avec la vulvo-vaginite ; on fut d'accord pour lui reconnaître comme cause prépondérante la blennorrhagie ; on

admit, à l'exemple d'Huguier, qu'elle pouvait ne pas revêtir toujours la même forme, et l'on s'ingénia pour lui trouver un traitement efficace.

Mais, néanmoins, si l'on parcourt aujourd'hui les ouvrages des spécialistes et des chirurgiens qui se sont occupés des maladies des femmes, depuis Ricord jusqu'à Diday et Verchère, auteur d'un livre consacré uniquement à la blennorrhagie de la femme, on reste surpris en voyant le peu de publications, les courts paragraphes ou les chapitres abrégés et incomplets des divers traités classiques qui ont été écrits sur cette affection pourtant si fréquente, dont nous faisons aujourd'hui le sujet de notre thèse.

En effet, c'est à peine si Ricord s'est occupé de la bartholinite ; il a pourtant inspiré la thèse de Salmon dans laquelle cet auteur montre que la chaudépisse peut se localiser quelquefois uniquement à la glande vulvo-vaginale. Il a écrit aussi (*Traité pratique des maladies vénériennes*), en parlant des abcès des grandes lèvres : « Ces abcès tiennent quelquefois à l'in-
« flammation des kystes que quelques femmes por-
« tent à l'entrée de la vulve, et alors la matière qu'ils
« renferment est filante, comme glaireuse, dans la
« plupart des cas. »

Quelques années après (1861) Cullerier est plus explicite : il signale surtout les fistules cutanées ou muqueuses et recto-vaginales qui se forment si l'on attend trop avant d'ouvrir l'abcès au bistouri ; Breton dans sa thèse, fait remarquer en y insistant que la bartholinite est loin d'être toujours accompagnée de vaginite, et il la considère, suivant les idées de l'épo-

que, comme un accident de la syphilis; Alphonse Guérin, en 1861, dans ses leçons sur les maladies des organes génitaux externes de la femme, décrit les abcès de la glande, et croit qu'on se presse trop de les inciser, car ils ont pour la plupart une tendance à s'ouvrir dans le canal excréteur; il n'a pas eu l'occasion d'observer les formes rebelles avec hypersécrétion continue, rares du reste selon lui. Langlebert, en 1864, indique à son tour la possibilité de voir succéder à la phase aiguë, la phase chronique, et se constituer de véritables fistules ou plutôt des kystes fistuleux à suppuration; Rollet, dans son *Traité des maladies vénériennes*, passe ces terminaisons sous silence, et enseigne qu'au bout d'un à trois septénaires la sécrétion, de purulente après l'ouverture, devient muqueuse, et que la glande reprend peu à peu son volume et sa consistance, ou reste encore dure, mais peu développée; dans une thèse passée à Paris en 1873, Mareschal résume les connaissances du moment sur les abcès de la glande de Bartholin et relate deux observations où le pus fusa entre le rectum et le vagin; Gosselin consacre une de ses cliniques aux complications de la vulvite, et pense que la bartholinite guérit rapidement; cependant il n'oublie pas d'attirer l'attention de ses auditeurs sur la tendance soit à une persistance de la suppuration et à la formation d'une fistule, soit à une guérison temporaire suivie de récives; Pouillet étudie l'inflammation blennorrhagique localisée aux conduits excréteurs, le phlegmon des glandes ou cowpérite, la bartholinite kystique, mais il nie avec énergie que le pus

puisse se faire jour dans le rectum, et qualifie de mythe cette complication possible. De Sinéty démontre que la glande est diffuse et composée d'un grand nombre de grains glandulaires disséminés sans ordre régulier d'où la possibilité d'inflammations et de collections partielles ; en 1879 Huguenin émet quelques considérations sur les abcès de la glande vulvo-vaginale, il dit avoir dans trois cas observé une adénite inguinale correspondante ; l'excision de l'organe malade lui paraît un procédé dangereux à cause de la proximité des veines vaginales ; de Amicis (1880) publie des observations de fistules recto-vulvaires consécutives à l'abcès de la bartholinite ; Chevalerias les analyse dans sa thèse, et en rapporte une nouvelle, il conclut que les fistules recto-vulvaires sont une complication rare, mais qu'elles s'expliquent par le peu de résistance qu'ont les cloisons aponévrotiques qui limitent de tous côtés la glande vulvo-vaginale ; Mauriac se contente, en 1883, de signaler la bartholinite survenant dans le cours d'un écoulement ; Hamonic, dans les *Annales de dermatologie*, puis Fauvel dans sa thèse de 1886, étudient l'inflammation chronique et les fistules qui peuvent en être la suite ; Fauvel préconise comme traitement la destruction de l'organe et du trajet fistuleux au thermocautère, ou l'ablation au bistouri ; quelques années auparavant Duvernoy s'était loué des injections au chlorure de zinc, et Martineau avait insisté beaucoup sur les localisations tardives de la blennorrhagie, dans les appareils folliculaires plus que dans la glande elle-même ; Jullien consacre quel-

ques lignes de son Traité à la forme aiguë de la maladie, il parle des fistules rectales ou vaginales consécutives, d'après de Amicis, de la vulvorrhée persistante, des récidives qui dans un cas se reproduisirent douze fois, et recommande l'intervention sanglante.

Dans ces dernières années, tous ceux qui ont composé des ouvrages sur les maladies vénériennes, ou sur les maladies des femmes, ont, dans un chapitre spécial, étudié la bartholinite et ses différentes formes.

Nous nommerons Diday, Audry (de Toulouse) qui reconnaît une bartholinite aiguë, une bartholinite chronique secondaire ou d'emblée, une bartholinite kystique survenant après la cessation des phénomènes inflammatoires; Verchère, qui admet une bartholinite aiguë simple, une bartholinite aiguë blennorrhagique, une bartholinite chronique, et ne trouve capable de guérir ces trois formes, que l'ablation totale du trajet et de la glande; Finger, qui insiste sur ce fait que la bartholinite chronique, souvent la seule manifestation de la blennorrhagie chronique, se montre très tenace, et doit être attaquée par l'incision, la cautérisation et le raclage; Pozzi, qui s'occupe surtout du diagnostic des kystes et des abcès de la glande, et propose pour les uns et les autres, l'extirpation, de préférence aux injections de chlorure de zinc et à la large incision.

Enfin, nous signalerons les articles des traités de chirurgie, en particulier ceux de Michaux dans la pathologie externe de Duplay et Reclus, de Bouilly dans les quatre agrégés, de Pouillet et Bousquet, de Ricard et Bousquet; et les quelques mots de Tillaux

qui, dans sa chirurgie clinique, indique sommairement les formes aiguë et chronique de l'inflammation.

CHAPITRE II

Étiologie.

Les différentes formes de la bartholinite reconnaissant les mêmes causes primordiales, dont les unes; ont, suivant le cas, une action prépondérante, et les autres un rôle effacé, nous n'étudierons dans ce chapitre que l'étiologie de l'affection en général.

La bartholinite est une maladie fréquente.

Dans les services spéciaux, affectés aux vénériennes, il ne se passe pas de mois, sans qu'on l'observe une ou plusieurs fois, et pour être plus rare dans les cliniques chirurgicales on la rencontre néanmoins.

Elle se présente en général chez des femmes de 18 à 40 ans, c'est-à-dire que son développement est intimement lié à celui de la fonction génitale, et que, si elle se voit après la cinquantaine, elle a eu évidemment un début bien antérieur, et est restée jusque-là méconnue ou latente.

Les blondes, et toutes celles dont le tempérament

est sous la dépendance de la diathèse scrofuleuse ou lymphatique, y seraient plus sujettes que les autres ; plus que les autres aussi, elles verraient, souvent et facilement, passer à l'état chronique suintant, la bartholinite aiguë dont elles sont atteintes ; « sa coïncidence avec les fleurs blanches s'est montrée trop fréquente, pour ne pas admettre que, dans certains cas, elle n'ait été — c'est Huguier qui parle — le résultat d'une disposition générale, dont l'action était particulièrement portée sur l'appareil mucipare. Dans ces circonstances, en effet, nos malades étaient molles, lymphatiques, à cheveux rouges, et ne connaissaient aucune circonstance (?) à laquelle elles puissent rattacher leur maladie. » Fauvel n'a pas vérifié ces assertions : une seule de ses malades était blonde et lymphatique.

De même l'obésité s'accompagnant d'un grand développement de tout l'appareil glandulaire, qui secrète abondamment des liquides irritants, le défaut de soins hygiéniques, la misère et la malpropreté qu'elle engendre, l'arthritisme et les dermatoses qui en sont les conséquences, l'érythème de la vulve, l'eczéma, les écoulements utérins ou vaginaux, favoriseraient l'éclosion de la bartholinite.

On a incriminé aussi, dans un autre ordre d'idées, mais sans raisons bien probantes, certaines professions comme jouant le rôle de causes prédisposantes ; en particulier, celles qui exigent les stations assise ou debout prolongées : lingères, repasseuses, demoiselles de magasins, domestiques...

La machine à coudre pourrait préparer le terrain

et le rendre plus apte à l'infection, par le mouvement de va et vient des cuisses qu'elle provoque et le froissement irritant de la vulve qui en résulte.

On a accusé également la fatigue, les marches forcées, les coups, les chutes, les traumatismes de toute nature, les manœuvres obstétricales nécessitées par une présentation vicieuse, la masturbation sous toutes ses formes, avec la main ou des corps étrangers; pratiquée avec frénésie, Huguier l'a jugée suffisante pour faire naître de toutes pièces la bartholinite aiguë, et il cite un cas où, sous l'influence d'un violent onanisme, la sécrétion purulente de la glande se produisit trois fois.

La grossesse a été plus rarement incriminée; ce n'est pas que cet état particulier de la femme puisse la protéger contre une infection possible; bien au contraire, puisque la gestation entretient la congestion des parties génitales externes; mais dans cette période la femme s'expose moins à la contamination. Sur cinquante-six observations nous en relevons deux où l'on voit que la bartholinite se développe chez des femmes enceintes.

De ces causes multiples qui agiraient, en somme, en produisant l'hypérémie des organes de la génération, des organes externes surtout, et en excitant la sécrétion — milieu de culture favorable — de leurs appareils mucipares et sébacés, nous ne retiendrons que la congestion mensuelle.

Sous l'influence de la menstruation, influence bien connue des médecins qui lui attribuent de nombreux méfaits, entre autres, disons-le en passant, les an-

gines herpétiques à répétition, on observe, et c'est là un fait signalé par tous les auteurs, fait sur lequel insistent Huguier, Fauvel, Diday, F'inger, Verchère, la persistance de l'écoulement, ou, le plus souvent, la renaissance de la bartholinite sous forme de poussées secondaires, de récidives en un mot, et l'on ne compte plus les malades qui, se croyant guéries, se voient chaque mois atteintes, sans écarts de régime, de nouveaux suintements ou de nouveaux abcès.

D'autre part, Mareschal cite dans sa thèse le fait d'une femme qui avait un abcès de l'une ou l'autre grande lèvre, chaque fois que ses règles venaient à manquer ; à la ménopause on voit aussi quelquefois la maladie se déclarer, chez des personnes jusque-là indemnes ; ne pourrait-on pas invoquer dans ces cas la même pathogénie que celle de ces pleurésies séro-fibrineuses qui surviennent, quand l'écoulement cataménial se supprime, ou quand l'utérus est le siège d'une fluxion, et que le professeur Potain attribue à quelque action réflexe ?

Il est évident aussi que le coït répété fréquemment, immodérément et sans ménagements, surtout lorsqu'il y a disproportion entre les organes copulateurs, peut favoriser le développement de l'affection qui nous occupe, ce qui expliquerait peut-être la plus grande fréquence de l'inflammation de la glande vulvo-vaginale chez les jeunes prostituées.

Les prostituées sont en effet les femmes les plus sujettes aux abcès des grandes lèvres ; Parent-Duchâtelet le fait remarquer dans son ouvrage sur la prostitution ; Fauvel dans sa thèse, Verchère dans son livre et bien d'autres dans leurs écrits.

Mais il ne nous paraît pas juste d'avancer, avec quelques auteurs, que cette cause suffit dans certains cas, qu'il en est de même que pour la blennorrhagie soi-disant provoquée chez l'homme par les érections prolongées — par exemple — car on comprend combien il est facile à celles qui se livrent sans discernement, au début de leur vie irrégulière, de rencontrer parmi leurs clients de passage, des blennorrhagiens, et combien leurs muqueuses, qui n'ont pas encore subi cette épidermisation qui semble mettre à l'abri certaines professionnelles âgées, sont aptes à recueillir le virus, à fournir au gonocoque un terrain de culture favorable.

C'est, en effet, à la blennorrhagie que l'on peut rapporter, dans la plupart des cas, le développement de la bartholinite. « Nous avons si souvent observé la maladie avec la blennorrhagie, à la suite de coïts suspects, disait Huguier en 1846, que nous sommes obligés d'admettre que, dans un grand nombre de cas, elle a été la conséquence de cette dernière. » Et plus loin : « La blennorrhagie est une des causes les plus fréquentes des abcès de la glande. »

Bien avant lui, l'illustre Boerhaave — à qui le tzar daignait rendre visite — avait reconnu que l'inflammation de la blennorrhagie a de la tendance à se porter vers les lacunes situées sur les parties latérales du vagin ; Astruc, qui mettait sur le compte du fameux virus vénérien toutes les maladies contractées dans les rapports sexuels, reconnaissait aussi, vers 1760, et Daran un peu plus tard, que la gonorrhée virulente ou chaudepisse, se cantonnait assez souvent chez les femmes dans la glande de Cowper.

Hunter, en 1786, parlait, en décrivant la gonorrhée des femmes, de l'inflammation qui s'étend le long de leurs conduits à des glandes qu'elle affecte, au point de causer des tumeurs dures qui s'abcèdent parfois et crèvent près de l'orifice vaginal; et, dans ses œuvres posthumes, on peut lire une nouvelle observation où il est encore question d'une petite tumeur dure qui suppura.

Peu de temps avant le mémoire d'Huguier, Vidal étudiant dans son *Traité de pathologie externe* les abcès de la vulve, disait : « Ces inflammations sont quelquefois la suite ou l'extension de l'inflammation blennorrhagique; aussi, quand une vaginite intense n'est pas méthodiquement traitée ou a été négligée, il naît en dehors des caroncules de petits phlegmons dont la marche est ordinairement rapide; ils se terminent par suppuration, et le pus se fait jour ordinairement par un pertuis à peine visible, ce qui fait que souvent on méconnaît ces abcès, on confond l'humeur qui s'écoule de leur intérieur avec l'écoulement de la vaginite. » Vidal, on le voit, ne connaissait pas l'existence de la glande de Bartholin; elle disparaissait pour lui, au milieu des autres follicules vulvaires.

Après 1850, tous les syphiligraphes, dont l'attention venait d'être attirée sur la pathologie des glandes vulvo-vaginales, signalèrent la fréquence de l'affection, à la suite de la blennorrhagie, mais à l'exception de Salmon qui signala une forme particulière de gonorrhée se bornant primitivement et exclusivement à la glande vulvo-vaginale et à son conduit, et

de Breton qui affirma que la bartholinite est la forme la plus fréquente de la blennorrhagie de la femme, et s'observe seule beaucoup plus souvent qu'associée à la vulvo-uréthro-vaginite, à l'exception de ces deux auteurs, la plupart considérèrent avec raison la maladie comme presque toujours consécutive à la vulvo-vaginite qui l'accompagne ou la précède ; parmi eux, Cullerier qui écrivait : « La vulvite peut être superficielle ou profonde, et envahir alors le tissu cellulaire de la glande de Bartholin » ; Langlebert, qui enseignait de même que « la vulvite d'origine blennorrhagique, abandonnée à elle-même, peut dans quelques circonstances occasionner de graves désordres ; elle se propage aux organes sous-muqueux et envahit la glande de Bartholin » ; Rollet, qui mettait aussi au nombre des complications vulvaires de la chaudepisse l'inflammation des glandes vulvo-vaginales, et l'appelait cowpérite, suivant en cela l'exemple d'Astruc et de Daran.

Mauriac, dans les notes de sa traduction des œuvres de West, a écrit ce paragraphe : « Parmi les complications de la vulvite blennorrhagique, l'inflammation et la suppuration des glandes de Bartholin, surviennent quelquefois à la suite d'irritations vulvaires, même légères. » Et il a ajouté : « La spécificité du catarrhe vulvaire ne paraît jouer aucun rôle dans cet épiphénomène, puisqu'il se manifeste quelquefois spontanément et d'autres fois sous l'action de causes irritantes qui n'ont rien de spécial dans leur mode d'action. »

En 1883, il a dit encore : « Les glandes vulvo-vagi-

nales s'enflamment souvent dans le cours de la blennorrhagie et donnent lieu à des abcès. »

Gosselin, dans ses cliniques, a écrit à son tour : « Pour ce qui est de la cause de l'abcès de la glande de Bartholin, la plus fréquente, c'est la blennorrhagie, et la vulvite qu'elle occasionne. Je suis néanmoins certain d'avoir vu des femmes qui avaient un abcès de la grande lèvre sans aucune blennorrhagie concomitante. »

Pouillet classe également la cowpérite de la femme au nombre des accidents vulvaires de la chaudepisse, et croit que les homologues des glandes bulbo-urétrales restent rarement indemnes dans la blennorrhagie de la vulve et du vagin; Jullien étudie aussi dans le chapitre qu'il consacre à la vulvite la participation de la glande de Bartholin à la blennorrhagie; Fauvel, la même année (1886), insiste sur l'extension de la vulvite aux canaux et de là aux glandes de Bartholin; Diday remarque que dans quelques cas de blennorrhagie la glande de Bartholin peut être le seul point enflammé de tous les organes génitaux externes. Plus récemment Finger reconnaît lui aussi que la bartholinite est une conséquence de la vulvite, mais comme toutes les vulvites ne sont pas toujours sous la dépendance du gonocoque, il se pose cette question : « La bartholinite est-elle toujours d'origine blennorrhagique ? » et il y répond en citant Saint-Bonnet qui croit que la forme aiguë peut ne l'être pas une fois sur dix, et Sängér (1889) qui considère les formes chroniques avec dilatation kystique comme de cette nature sans exception. Tous les traités clas-

siques sont d'accord pour considérer le gonocoque comme l'unique agent causal; du reste Arning l'a trouvé en 1883 dans le pus de toutes les bartholinites; Touton dans un grand nombre de cas a fait la même découverte; sur dix-huit cas où l'examen bactériologique a été fait aux Chazeaux, treize fois le gonocoque a nettement apparu; au contraire, Gerheim a vivement insisté sur ce fait que le pus de la glande pouvait très bien ne pas présenter les cocci spécifiques; Welander de même; Witte ne reconnaît que douze bartholinites blennorrhagiques sur quarante; et Audry n'a pas retrouvé de gonocoques dans trois glandes abcédées qu'il a incisées, et a, dit-il, pu se convaincre que le canal excréteur peut présenter un écoulement purulent bien caractérisé sans gonocoques. Mais si ces derniers auteurs avaient examiné au microscope, non seulement au début, mais encore dans les différentes phases de la maladie, le pus sourdant de l'orifice, ils auraient vu que le microbe de Neisser finit presque toujours par se montrer à une période plus ou moins éloignée du commencement de l'affection; nous sommes convaincus que nous aurions trouvé nous-mêmes plus souvent le gonocoque si nos recherches avaient été plus nombreuses et plus suivies, car il nous est souvent arrivé de ne pas trouver trace de cocci immédiatement après l'incision de la glande, alors que les jours suivants on pouvait les constater avec la plus grande netteté.

Nous ne voulons pas cependant prétendre que la bartholinite est toujours et fatalement due au gonocoque; la possibilité des infections secondaires ayant

été démontrée depuis Ricord, et quelques auteurs, entre autres Verchère, admettant que la congestion mensuelle et les autres causes irritatives peuvent agir seules, efficacement.

Nous pensons donc qu'il y a lieu de faire intervenir, comme Audry, deux grands ordres de causes dans la production de la cowpéríte de la femme : le premier et le plus important comprend la blennorrhagie, que celle-ci s'attaque exclusivement et primitivement à la glande, ou se localise d'abord à la muqueuse vulvaire ; dans le second, rentreraient toutes les infections banales.

Disons en terminant ce chapitre d'étiologie que la bartholinite a toujours été vue plus souvent à gauche qu'à droite, et qu'elle est le plus souvent unilatérale ; Huguier prétendait même qu'elle est plus fréquente des deux côtés à la fois qu'à droite seulement ; notre stastisque fournit 23 bartholinites droites, 27 gauches et 6 doubles ; la prédominance de la maladie pour le côté gauche n'est donc pas aussi accusée qu'on le croit généralement. Fauvel sur 6 observations en cite 3 à droite et 3 à gauche. Dès lors, il n'est plus besoin de mettre la fréquence à gauche de la bartholinite, sur le compte de la compression de la veine iliaque par l'S du côlon, comme le faisait Huguier. La stase veineuse résultant de cette compression lui paraissait, en favorisant l'engorgement des tissus, agir comme cause prédisposante. Malgaigne incriminait le frottement plus prononcé du pénis à gauche pendant le coït avec les droitiers. Toutes ces explications, conclut Verchère, n'en sont pas ; il

est peut être même inutile, dirons-nous avec lui, d'en chercher de meilleures, étant donné que la bartholinite gauche est beaucoup moins fréquente qu'on a bien voulu le dire.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Arrivons maintenant à la partie vraiment clinique de notre travail, et voyons quels sont les symptômes qui permettent de reconnaître une bartholinite. La maladie comporte une forme aiguë, à laquelle succède souvent la forme chronique ; mais cette forme chronique peut s'établir d'emblée ; elle est, de plus, suintante ou kystique ; et la forme aiguë peut reparaître, après une guérison apparente, avec toute son intensité.

Il est évident que les signes doivent varier suivant chacune de ces formes. Nous énumérerons donc les caractères si différents qui permettent de les reconnaître dans la pratique.

Nous allons commencer par l'étude de la bartholinite aiguë qui a deux variétés : la bartholinite aiguë primitive et la bartholinite aiguë à répétition ; nous décrirons ensuite la bartholinite chronique suin-

tante, qu'elle soit secondaire et succède à la bartholinite aiguë, ou primitive, c'est-à-dire suintante d'emblée, sans phase de réaction vive ; nous rattacherons à la description de la bartholinite suintante celle des abcès à distance et des fistules consécutives dont l'existence des prolongements aberrants de la glande aident à comprendre la formation ; nous terminerons enfin par l'exposé des symptômes de la bartholinite chronique kystique.

La bartholinite aiguë est bien décrite dans la plupart des ouvrages classiques et des traités spéciaux. C'est, d'après les auteurs qui l'ont étudiée, et nos observations personnelles, que nous allons à notre tour essayer d'en faire connaître les symptômes.

Au cours d'un écoulement, quelquefois sans cause apparente, ou bien encore quelques jours après un coït suspect, la malade ressent dans l'une des grandes lèvres, ou à l'entrée du vagin, des démangeaisons, du prurit, avec un sentiment de chaleur, de cuisson et de douleur tensive, accompagné, dans le cas d'uréthrite concomitante, d'une légère brûlure en urinant ; quand l'inflammation est intense, elle peut avoir de la fièvre, de la céphalée et perdre momentanément l'appétit.

Elle reconnaît quelquefois une tuméfaction plus ou moins accusée, limitée à un côté de la vulve, et y sent, en appliquant la main, une tumeur consistante, douloureuse à la pression ; même au repos les souffrances qu'elle éprouve peuvent être vives, et irradier vers le périnée, l'anus, la cuisse, jusqu'à l'aîne et à la fesse correspondante ; la miction, la défécation, la

marche exaspèrent ces douleurs ; en même temps un écoulement peu abondant, si la blennorrhagie vulvaire est peu accusée, apparaît.

Si l'on examine la malade à ce stade de l'affection, ce qui frappe tout d'abord, c'est le gonflement ; ce gonflement qui déforme la grande lèvre et la fait ressembler à la moitié d'une orange, peut s'étendre jusqu'au capuchon du clitoris et à la région inguinale ; la nymphé du même côté est souvent œdématisée, car le canal est au moins aussi fréquemment irrité que la glande elle-même.

Cet œdème est mou, mais à l'extrémité postéro-inférieure de la vulve, le toucher bi-digital révèle une tuméfaction pâteuse, régulière, très sensible, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, et faisant saillie en dedans, soulevant la paroi interne de la petite lèvre.

La vulve entrouverte, on aperçoit l'orifice du conduit excréteur rouge, enflammé ; c'est la macule gonorrhéique de Sängér ; à son centre se trouve quelquefois une gouttelette de pus, mais le plus souvent il est impossible à ce moment d'en faire sourdre à la pression ; toute la muqueuse de la petite lèvre est le siège d'une rougeur diffuse, plus ou moins vive. Huguenin a dit avoir rencontré dans trois cas une adénite inguinale correspondante, nous avons aussi observé quatre fois ce fait ; mais comme les lymphatiques de la glande se rendent non pas aux ganglions de l'aîne, mais à ceux des parties latérales du vagin et du rectum, il faut mettre sur le compte de l'inflammation propagée à la grande lèvre, ou d'une lésion

surajoutée, le développement des ganglions inguinaux. Mais bientôt les phénomènes douloureux s'accroissent; c'est à peine si la malade peut s'asseoir; la tuméfaction augmente; la nodosité pâteuse formée par le corps glandulaire perd ses limites, et s'accroît; elle acquiert le volume d'une noix, adhère à la muqueuse, et proémine aussi bien en dehors qu'en dedans, obstruant plus ou moins hermétiquement l'orifice vaginal.

La fluctuation ne tarde pas à devenir manifeste, et, si elle est toujours plus accentuée du côté de la muqueuse, quoique le ramollissement de la glande se fasse du centre vers la périphérie, c'est que la glande se trouve située loin de la surface cutanée et du bord libre de la lèvre. Lorsque la maladie est arrivée à ce point, il faut s'attendre à voir la collection se faire jour spontanément d'un moment à l'autre.

C'est généralement dans la vulve, au voisinage de l'orifice du canal excréteur que se fait la rupture de l'abcès; cependant il n'est pas absolument rare de voir l'ouverture s'effectuer par l'orifice même du canal. Le pus qui s'échappe est jaune-verdâtre, séropurulent, le plus souvent mêlé d'une certaine quantité de sang, surtout chez les malades qui ont marché, rarement brunâtre et fétide; cependant Ricord disait qu'il avait souvent l'odeur des matières fécales à cause du voisinage du rectum sans qu'il y ait communication avec cet intestin.

Quand l'infection se propage au tissu cellulaire périglandulaire, on voit survenir un véritable phlegmon qui reste localisé autour de la glande et tend à

s'ouvrir du côté de la muqueuse vulvaire. Alors le pus distend, mortifie cette muqueuse et s'échappe par une véritable perte de substance, origine d'une cicatrice vicieuse plus ou moins gênante. Il est moins commun d'observer la déchirure spontanée, soit au fond du pli qui existe entre les deux lèvres, soit à la surface externe de la grande lèvre, ou sur son bord libre proprement dit, soit enfin dans le rectum ou le vagin. Dans ces derniers cas, il persiste souvent des fistules difficiles à tarir, éventualité dont Ricord avait bien compris toute la gravité quand il écrivait : « Il est bon d'être prévenu que la suppuration succède rapidement à l'inflammation phlegmoneuse, et que, si on ne lui donne pas issue, elle ne tarde pas, à cause de la laxité du tissu cellulaire, à faire des ravages, à filer du côté du rectum, et à se faire jour dans la cavité de cet intestin, formant ainsi, tantôt des fistules incomplètes, tantôt des fistules complètes, par suite d'ouvertures à des hauteurs diverses du côté de la vulve ».

Nous reviendrons, du reste, sur ces accidents, à propos de la bartholinite suintante, et les étudierons en détail.

Dans les cas plus simples, la période d'évacuation du pus est, à l'ordinaire, de courte durée; cinq à six jours après l'ouverture qui a lieu dans le second septénaire, le foyer purulent se tarit, mais la glande reste plus volumineuse, légèrement indurée, et si l'on s'est contenté d'un traitement purement palliatif, de nouveaux rapports sexuels ou la simple congestion mensuelle vont

réveiller la maladie : la bartholinite aiguë va devenir une bartholinite à répétition.

Rapportons une observation de bartholinite aiguë.

OBSERVATION I.

Caz..., Clotilde, âgée de 16 ans, couturière.

Réglée à 14 ans. Pas d'antécédents vénériens. Aucune trace de syphilis actuelle.

La malade entre au service des Chazeaux le 21 décembre 1894.

Depuis quelques jours elle souffre du côté de la grande lèvre gauche ; l'affection a débuté brusquement par du malaise et de l'anorexie, en même temps qu'une tuméfaction douloureuse se développait du côté gauche de la vulve, et qu'un écoulement jaune verdâtre apparaissait.

Marche difficile ; pas de douleur à la miction ni à la défécation.

A l'examen des organes génitaux, la grande lèvre gauche apparaît doublée de volume et déformée surtout au-dessus de la fourchette ; à ce niveau, elle présente à la palpation un noyau de consistance pâteuse ; la pression provoque de vives souffrances.

Si l'on entrebaille la vulve dont les poils sont agglutinés par la suppuration, la muqueuse vulvaire se montre rouge, injectée, tuméfiée, enduite d'une sécrétion abondante. Par l'orifice extérieur de la glande vulvo-vaginale gauche, du pus épais, crémeux, s'écoule spontanément et à la pression. Les bords de l'orifice sont le siège d'une rougeur intense, et comme exulcérés.

Pas de goutte uréthrale. Dans le pli de l'aine gauche, adénopathie volumineuse et douloureuse, dépendant certainement d'une lymphangite secondaire de la grande lèvre correspondante, dont la peau est rouge, chaude et tendue.

La malade ne voulant suivre aucun traitement, sort le 26 décembre.

Nous dirons peu de choses de la bartholinite à répétition; du reste elle présente des symptômes identiques — un peu atténués il est vrai — à ceux de la bartholinite aiguë. C'est, en somme, une bartholinite aiguë qui récidive à intervalles plus ou moins longs, et se traduit par les phénomènes de réaction vive que nous venons de décrire; elle s'ouvre le plus souvent par l'orifice naturel du canal excréteur, et le pus qui se fait jour présente tous les caractères de celui de la bartholinite aiguë; il est franchement jaunâtre ou jaune verdâtre, quelquefois strié de sang, crémeux, fétide chez certaines malades, sans odeur repoussante chez le plus grand nombre; examiné au microscope on le trouve formé de globules purulents, de globules sanguins, de mucus, de cellules épithéliales renfermant le microbe spécifique.

Les récidives peuvent se répéter un grand nombre de fois; Jullien cite deux femmes dont l'une vit douze fois son abcès se reproduire, et l'autre neuf. M. le D^r Cordier nous a parlé d'une malade qui a eu dix-huit poussées aiguës, et a, du reste, guéri spontanément.

Plus intéressante est la bartholinite chronique, qu'on peut appeler bartholinite suintante.

Celle-ci peut survenir d'emblée, sans qu'il y ait eu jamais de phase de réaction vive, à l'insu de la malade; elle peut aussi, quoique plus rarement, être consécutive à une bartholinite aiguë; enfin on l'a observée à la suite d'une dilatation kystique de la glande vulvo-vaginale, après suppuration du kyste sous l'influence d'une poussée aiguë.

Mais quelle que soit l'origine de la bartholinite suintante, elle présente à sa période d'état une symptomatologie toute particulière, qui la distingue nettement des autres variétés de l'affection.

Les phénomènes inflammatoires font ici défaut ; la tuméfaction n'existe pour ainsi dire pas ; il n'y a pas de rougeur vive de la muqueuse vulvaire ; la température locale n'est pas élevée ; les douleurs se réduisent à un simple sentiment de tension revenant de loin en loin ; les malades éprouvent plutôt une gêne indéfinissable qui s'accroît pendant le coït, et n'est jamais plus accusée qu'à ce moment.

Dans l'intervalle des règles, elles ne sont nullement incommodées ; quelques-unes ne souffrent que lorsqu'elles marchent ou se fatiguent beaucoup, ou après être restées debout longtemps.

Si l'on écarte les lèvres, la macule gonorrhéique apparaît avec une coloration rouge vif, et présentant à tout son pourtour une véritable collerette formée par l'injection des vaisseaux péricanaliculaires ; l'orifice externe est le siège d'une véritable desquamation épithéliale, d'une pseudo-ulcération irrégulière, à bords indécis, à fond grisâtre, parsemé de petites saillies plus ou moins rouges, et souvent recouvert de petites végétations frangées, papillomateuses, dont la présence, dit Verchère, révèle presque à coup sûr l'existence de la bartholinite chronique.

A la palpation le corps folliculaire est souvent difficile à percevoir ; quelquefois cependant si le pus qu'il contient lui a fait subir un commencement de dilatation, il est augmenté de volume, il paraît allongé vers le

périnée, il fait une minime saillie du côté de la muqueuse, il est plus consistant qu'à l'état normal, et le palper bi-digital qui consiste « à introduire l'index à l'entrée du vagin, et à repousser en avant et en dehors la paroi externe de l'orifice vaginal, pendant que le pouce saisit au niveau de la base de la grande lèvre, la région où se trouve normalement la glande », le palper bi-digital peut permettre, quand la tumeur est peu apparente, de l'apprécier facilement, et de la sentir molle et pâteuse. Sa sensibilité est infime ou même nulle.

En exerçant une pression sur elle, on fait sourdre, par l'orifice externe, une goutte de pus plus ou moins muqueux, mal lié, simplement louche ou franchement épais, visqueux et adhérent aux bords de l'orifice.

C'est dans les cas où tous les lobules de la glande sont atteints par l'inflammation que le liquide évacué à la pression a tous les caractères du pus concret ; il est, dans certaines proportions, mélangé à du mucus, quand la bartholinite chronique est partielle, localisée à quelques lobes seulement ; on comprend qu'alors la sécrétion physiologique des parties saines de la glande, se mêle à la sécrétion pathologique des parties malades.

Enfin, si le canal excréteur seul se trouve enflammé, non seulement la glande normale sera impossible à sentir, mais encore, une pression exercée sur elle, le conduit préalablement vidé du pus qu'il contenait, n'amènera à l'orifice naturel qu'une gouttelette de mucus.

Tels sont les signes pour la plupart bien peu accentués, de la bartholinite chronique suintante qui, pour être diagnostiquée, exige toujours une recherche méthodique.

Mais il s'en faut qu'elle conserve, pendant toute sa durée, cette quasi-latence : les excès de coït, les époques menstruelles, l'équitation, la danse, l'onanisme, la machine à coudre, toutes les causes congestives, amènent inévitablement à des intervalles variables, des poussées aiguës fréquentes ou non, poussées aiguës qui ne diffèrent en rien de celles qu'on observe dans la forme inflammatoire franche de la maladie, et qui, assez souvent, amenant une ouverture spontanée, ou obligeant le chirurgien à intervenir, créent les fistules dont nous allons parler.

Auparavant, relatons l'observation d'une malade atteinte d'une bartholinite suintante.

OBSERVATION II.

Fia..., Marcelle, âgée de 22 ans, bonne de café.

Réglée à 14 ans. Premiers rapports sexuels à 16 ans. Age de prostitution : 20 ans. Aucun antécédent vénérien.

A son entrée à l'hôpital, qui a lieu le 18 septembre 1896, on ne trouve pas de signes nets de syphilis. Elle a été arrêtée sur dénonciation militaire, pour avoir communiqué la blennorrhagie.

On ne trouve pas de goutte uréthrale ; la vulve est normale ; pas de gonflement, ni de rougeur des lèvres ; pas de douleurs pendant la marche, ni à la miction, ni à la défécation.

En palpant attentivement la grande lèvre gauche, on sent

dans sa profondeur une petite masse pâteuse et molle, indolente (cependant la malade a ses règles).

En pressant sur cette petite masse, on fait sourdre du pus par l'orifice naturel de la glande de Bartholin; le pus est séreux, mal lié, il renferme des gonococci; l'orifice est exulcéré, ses bords sont mal limités; tout autour de lui la muqueuse est injectée.

Ajoutons tout de suite qu'une injection interstitielle d'alcool salicylé saturé, est faite par transfixion, et que la malade sort guérie, sans garder même la plus légère induration, le 3 octobre 1896.

Les fistules consécutives aux poussées aiguës qui viennent accider la marche de la bartholinite suintante, peuvent être réparties en quatre groupes.

Dans le premier rentrent les fistules vulvo-vulvaires; dans le second, les fistules vulvo-périnéales; le troisième groupe comprend les fistules vulvo-rectales, et le quatrième les fistules vulvo-vaginales.

Les fistules vulvo-vulvaires sont les plus fréquentes; l'abcès, au lieu de se vider par l'orifice glandulaire dilaté, enflammé, s'ouvre au niveau des culs-de-sac de la glande, à la face interne ou externe de la grande ou de la petite lèvre, d'une part, près de l'ouverture du conduit excréteur de l'autre; il en résulte souvent qu'un pont muqueux ou cutanéomuqueux se trouve interposé entre les deux orifices de la fistule, dont l'un est l'ouverture du conduit excréteur, ou la déchirure voisine de cette ouverture, et l'autre le résultat de l'issue spontanée de l'abcès de la glande. Ce pont muqueux peut se nécroser; il s'élimine alors et laisse une perte de substance qui a le grand inconvénient de créer une difformité assez choquante.

Les fistules vulvo-périnéales ont été vues par Astruc et Daran ; voici ce qu'en dit Daran : « Une autre suite funeste de la gonorrhée virulente est l'abcès qui se forme quelquefois au périnée... cet abcès se forme plus ordinairement quand le virus s'est établi dans la glande de Cowper... plus il a d'acrimonie, plus il ronge les parties et y forme des clapiers et des sinus en tous sens, lesquels percent souvent le périnée. »

Les fistules vulvo-rectales, niées d'abord par Huiguer, Alphonse Guérin et Courty, qui s'appuyaient sur des considérations anatomiques, reconnues fausses aujourd'hui : la résistance de la membrane fibro-vasculaire qui entoure la glande et les plans aponévrotiques qui la limitent de tous côtés, sont admises de tout le monde, depuis le mémoire de de Amicis. L'auteur italien a publié neuf observations où à la suite de bartholinites ayant suppuré, se constituèrent des trajets reliant la glande ou son conduit au rectum et venant s'aboucher à quelques centimètres au-dessus de l'anus, ou immédiatement au-dessus du sphincter.

Généralement ces fistules sont de trop petit calibre pour laisser passer autre chose que des gaz ; cependant Martin et Léger citent le cas d'une malade de Saint-Lazare qui, après avoir été ponctionnée en ville, pour un abcès de la grande lèvre droite, rendit un jour, à la suite d'efforts, des matières, du liquide et des gaz par l'ouverture faite au bistouri ; un stylet introduit dans cette ouverture, pendant qu'un doigt explorait le rectum, permit de confirmer le diagnostic de fistule recto-vulvaire.

Chevalerias a pu observer un cas plus complexe : la fistule était vulvo-recto-périnéale : un des trajets s'ouvrait à la face externe de la grande lèvre, et passant par la cavité de la glande, se rendait dans le rectum ; l'autre partait de la glande pour aboutir au périnée.

La fistule vulvo-vaginale paraît la plus rare de toutes ; elle a cependant été vue par les auteurs du XVIII^e siècle ; Fauvel ne l'a jamais rencontrée ; Verchère l'a observée une fois : elle venait s'ouvrir à un centimètre en arrière des débris de l'hymen.

Pour expliquer toutes ces fistules, on a généralement admis que le pus formé dans la glande ou son conduit, fusait après les avoir rompus, à travers les plans musculaires et aponévrotiques de la région, dans les directions les plus diverses, mais la glande n'est pas seulement constituée par une masse unique enfermée dans une enveloppe fibreuse : on trouve le plus souvent des lobules isolés, disséminés dans les tissus cellulaire et musculaire avoisinants.

Huguier a démontré, pièces anatomiques en mains, l'existence de ces prolongements (granulations simples ou lobules glanduleux) ; il en a disséqué qui entouraient la partie postérieure du vagin, remontaient entre ce canal et le rectum ou descendaient vers le périnée ; de Sinéty a confirmé les démonstrations d'Huguier. Dès lors, on comprend très bien qu'un de ces lobules venant à s'enflammer, l'inflammation puisse se propager aux tissus périphériques, et le pus venir faire issue en des points voisins du lobule aberrant.

Voici l'observation intéressante d'une malade encore en traitement, et présentant plusieurs trajets fistuleux :

OBSERVATION III.

Gu..., Juliette, 24 ans, repasseuse.

Réglée à 14 ans ; âge de prostitution : 18 ans.

Pertes blanches anciennes ; elle n'aurait jamais eu de blennorrhagie, elle a été soignée, il y a un an, pour des végétations vulvaires. Pas de syphilis.

La malade entre en traitement le 8 novembre 1897.

Il y a trois mois, apparition d'une tuméfaction douloureuse dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche, coïncidant avec une réaction générale assez notable : anorexie, céphalalgie, mouvement fébrile.

Au bout de cinq jours, un abcès s'ouvre spontanément à la face interne de la petite lèvre ; un suintement ininterrompu s'établit par cette ouverture.

Actuellement on constate une légère induration douloureuse à la partie postéro-inférieure de la grande lèvre gauche ; sur le bord libre de cette même lèvre existe une seconde ouverture que la malade dit lui avoir été faite par un médecin ; la pression fait sourdre une goutte de pus par cette ouverture, et à son niveau les poils sont agglutinés ; il sort également une goutte de pus à la pression par l'orifice naturel de la glande.

Un stylet introduit par l'ouverture du bord libre de la grande lèvre, pénètre profondément et montre l'existence d'un trajet fistuleux qui se prolonge vers l'anus en suivant les parties profondes et donne au doigt la sensation d'un cordon induré. Le second trajet part de l'orifice situé en dedans de la petite lèvre et se dirige en dehors vers la glande.

Il nous reste maintenant à parler de la bartholinite kystique.

Son début passe souvent inaperçu, quelquefois cependant on retrouve dans les antécédents des maladies des poussées inflammatoires qui peuvent avoir été plutôt l'effet que la cause de la dilatation; quelquefois elle succède à la bartholinite suintante; mais le plus souvent elle s'établit insidieusement, lentement; elle reconnaît pour cause l'oblitération, par la muqueuse enflammée, du canal dont les parois viennent en contact, et cette oblitération est d'autant plus facile à se produire que l'orifice externe est plus étroit, que le canal lui-même suit un trajet plus oblique dans l'épaisseur de la petite lèvre, que le liquide hypersécrété est plus épais et visqueux; mais au-dessus de ces causes anatomiques et physiologiques, il faut mettre toutes les irritations qui déterminent le gonflement de l'épithélium; au-dessus du mécanisme qui amène la rétention du pus, il faut mettre l'infection qui commande ce mécanisme.

La dilatation kystique peut porter sur le canal excréteur ou sur la glande, et dans ce cas être partielle ou totale, c'est-à-dire amener la turgescence d'un ou de plusieurs lobules, ou de tous. Convenons que ces distinctions ne sont guères cliniques, et que l'anatomie pathologique n'a pas donné jusqu'à présent des renseignements bien précis sur ce point.

Beaucoup de malades ne s'aperçoivent de la tumeur qu'elles portent, que lorsqu'elle a acquis un volume assez considérable pour déformer la vulve, gêner les rapports sexuels ou les rendre douloureux.

On peut, à la rigueur, admettre, comme Huguier, deux périodes dans l'évolution de la maladie. Durant

toute la durée de la première, il n'y a ni douleur, ni rougeur, ni déformation; cependant si le conduit excréteur est le siège de la dilatation, sa situation plus superficielle permet de comprendre que la petite lèvre soit plus vite distendue; quand la glande est seule malade, il n'y a que la palpation bidigitale et méthodique qui puisse indiquer la présence d'une petite tumeur, arrondie, mobile, rénitente, granuleuse à sa surface. Dans la seconde période, le kyste est appréciable à la vue; il déforme la région; sa consistance est uniforme, élastique, fluctuante, quelquefois douce, souple au toucher, quelquefois dure et résistante comme un néoplasme fibreux; toutes ces différences tiennent à la variabilité d'épaisseur des parois, à la distension plus ou moins grande qu'elles subissent de la part du liquide qu'elles contiennent. Des nodosités, de petites saillies, des bosselures sont quelquefois perçues. La ponction exploratrice de ces kystes en retire une humeur séreuse, tantôt filante comme la salive, tantôt de consistance plus épaisse, de teinte opaline, ou jaunâtre, quelquefois brun chocolat. On conçoit que cette coloration plus ou moins foncée dépend de la plus ou moins grande quantité de cellules épithéliales et de globules sanguins altérés en suspension dans le liquide de la bartholinite. On ne réveille à la palpation comme à la pression aucune douleur. Les malades ne ressentent guère que de la gêne dans la marche et dans le coït. Seulement, au moment des règles, après des excès de tous genres, le kyste devient le siège d'une turgescence qui en augmente la sensibilité; il peut même s'en-

flammer, ce qui n'est pas rare, devenir une bartholinite aiguë, suppurer et se rompre. A la suite de cette rupture, la poche peut s'éliminer, et la malade être complètement débarrassée de sa tumeur; mais il est loin d'en être toujours ainsi, et le plus souvent ce sont des fistules intarissables, des destructions de la paroi qui lui succèdent, et n'ont aucune tendance à la cicatrisation.

La durée d'une bartholinite kystique, à moins d'une terminaison par poussées aiguës, est pour ainsi dire indéfinie. Le plus grand nombre des femmes qui en sont atteintes n'en souffrant pas, ou n'osant avouer leur maladie, ou reculant encore devant une opération toujours pénible et quelquefois dangereuse, préfèrent la garder.

Tels sont, brièvement indiqués, les symptômes des diverses variétés de bartholinites qu'un médecin peut être appelé à soigner.

CHAPITRE IV

Pronostic.

Le pronostic de la bartholinite aiguë est, en général, regardé comme bénin.

On pourrait presque dire qu'il est d'autant moins grave qu'elle est plus aiguë, attendu que ce sont le plus souvent les bartholinites les plus inflammatoires qui se terminent par guérison définitive.

Mais l'intensité des phénomènes généraux, les douleurs intenses qu'on observe dans certains cas, ne permettent pas de considérer la bartholinite aiguë comme un accident insignifiant.

Et puis nous savons, d'après les observations qui ont été publiées, et par ce que nous avons pu voir nous-mêmes, que la marche et les suites de l'abcès de la glande sont assez souvent entravées par des complications diverses.

Nous devons donc réserver le pronostic pour les cas — et ce sont les plus nombreux — où l'inflam-

mation se réveille sous l'influence de la congestion mensuelle, des excès de coït, des traumatismes, et pour ceux où surviennent des fistules. Sans être grave, il devient alors très sérieux par la répétition même des poussées aiguës qui sont pour la femme une source de souffrances et d'ennui, par la possibilité d'une contagion pendant les périodes d'accalmie, par la difficulté qu'on éprouve à amener, même au prix de pénibles et longues opérations, la cicatrisation rapide des trajets fistuleux.

Il faut compter aussi sur la possibilité d'un phlegmon périglandulaire, les ouvertures multiples ou étendues par lesquelles son contenu peut s'échapper, et la cicatrice vicieuse ou gênante qui en résulte.

Le pronostic est plus sérieux encore dans la bartholinite suintante, tout d'abord pour la malade, ensuite pour ceux qui peuvent avoir des rapports avec elle.

La bartholinite suintante est, en effet, la forme essentiellement rebelle, contre laquelle tous les traitements ont été mis en usage, sans qu'aucun d'eux aient donné des résultats absolument constants. Nous espérons que les injections d'alcool salicylé, que nous proposerons plus loin et dont on a reconnu l'efficacité, rendront le pronostic moins sévère à l'avenir. Employées dès les premières phases du mal, elles s'opposeront à la formation de ces trajets fistuleux que nous savons être la complication la plus grave de la bartholinite suintante, partant à la nécrose des ponts muqueux reliant les orifices anormaux, et l'on ne verra plus ces pertes de substance, ces cla-

piers qui en résultent parfois « cet accident horrible et dégoûtant, comme l'écrit Daran, le vagin et le fondement étant devenus un égout commun des matières fécales et purulentes, des menstrues et autres liqueurs qui viennent des parties naturelles. »

Verchère signale encore comme assombrissant le pronostic de la bartholinite chronique, l'ulcération si fréquente de l'orifice du canal excréteur ; les femmes, dit-il, qui, malgré cela, continuent à s'exposer à la contagion de la syphilis, du chancre mou, seront plus facilement infectées, par ce fait même qu'au niveau de l'entrée vaginale se trouve cette perte de substance de la muqueuse.

Mais si la bartholinite suintante a d'immenses inconvénients pour celles qui en sont atteintes, elle constitue aussi un danger pour l'hygiène publique.

Passant facilement inaperçue du médecin, s'il omet de rechercher avec soin, en l'absence de toute vulvo-vaginite, le dernier retranchement où se cantonne la blennorrhagie, de palper les lèvres, près de la commissure postérieure, et d'essayer de faire sourdre la goutte de pus révélatrice, souvent inconnue de la malade qui en est porteur, à cause de l'absence de tout phénomène douloureux, cette forme de bartholinite quasi latente a communiqué nombre de chaudépisses ; et bien des femmes ont été considérées comme saines, et relâchées, qui recélaient le gonocoque dans les anfractuosités du corps folliculaire.

Fauvel insiste sur ce point dans sa thèse ; Jullien cite de son côté une observation de Le Pileur, qui, examinant une fille accusée d'avoir contagionné son

amant, ne savait à quoi rapporter l'origine du mal, vul'intégrité absolue des culs-de-sac vaginaux, quand il reconnut la présence d'un suintement chronique de la glande de Bartholin. Finger s'appesantit également sur cette question de salubrité publique ; Tillaux l'énonce dans ses cliniques, et Verchère n'a garde de la passer sous silence. Notre deuxième observation est une preuve de la facilité avec laquelle une femme atteinte de bartholinite suintante méconne, peut transmettre la blennorrhagie.

Quant à la bartholinite kystique, elle comporte un pronostic beaucoup moins grave que celui de la forme précédente : néanmoins, par suite de l'accroissement du kyste et de la gêne qu'il apporte à l'accomplissement de certaines fonctions, par les poussées aiguës dont il est le siège soit aux époques des règles, soit après des excès ou une fatigue extrême, par l'impossibilité d'en débarrasser jusqu'ici les malades autrement que par l'énucléation, la dilatation de la glande de Bartholin constitue une forme de l'affection d'autant plus ennuyeuse que, si les malades refusent l'intervention sanglante, on n'a à lui opposer que des procédés incapables jusqu'à ce jour d'en amener la guérison.

Mais dans ce cas encore, dans ce cas surtout, le traitement par l'alcool salicylé a donné des résultats tels qu'il nous est impossible de ne pas avancer que le pronostic de la bartholinite kystique perdra de sa rigueur, à mesure que l'emploi de la méthode se répandra davantage.

CHAPITRE V

Diagnostic.

La bartholinite aiguë suppurée est, en général, facilement reconnaissable. Néanmoins, nous allons passer en revue les quelques affections avec lesquelles on pourrait la confondre.

Le phlegmon total des lèvres a quelquefois donné lieu à des erreurs d'interprétation, surtout avant le mémoire d'Huguier; mais ce phlegmon a pour lui un certain nombre de caractères, qui permettent de le différencier, sans difficulté, de l'inflammation de la glande de Bartholin. Tout d'abord, il débute par le tissu cellulaire, après un traumatisme : coup ou chute sur la vulve; et l'on retrouve dans la plupart des cas la trace d'une plaie ou d'une érosion légère, soit sur les lèvres elles-mêmes, soit dans leur voisinage, près de l'anus par exemple.

Ensuite, les phénomènes inflammatoires sont beaucoup plus accusés, et beaucoup plus étendus; la tuméfaction s'étend, en avant, jusqu'au mont de

Vénus, alors que, dans la bartholinite, elle siège surtout vers la commissure postérieure de la vulve; la rougeur envahit aussi bien la surface cutanée que la muqueuse; la chaleur locale est autrement perçue par la malade, et par le médecin; les douleurs acquièrent une intensité exceptionnelle; la réaction générale est vive; la fièvre est élevée, le pouls rapide, la langue saburrale, des vomissements surviennent, l'abattement se prononce.

Localement, on perçoit, au début, un empâtement généralisé, n'offrant aucune limite précise; la peau de la grande lèvre est œdémateuse; plus tard, quand le pus s'est formé, la fluctuation peut être perçue facilement « sur toute la hauteur de la face externe de la grande lèvre, et sur quelque partie que ce soit de l'étendue de la nymphé ».

Plus tard encore, l'ouverture qui donne issue à la collection n'affecte pas de siège constant; on l'a vue se faire au vestibule, sous le clitoris, au-dessus des caroncules myrtiformes, dans le pli génito-crural, ce qui est tout à fait exceptionnel dans la bartholinite aiguë suppurée; celle-ci s'ouvre, presque toujours, près de l'orifice du canal excréteur, bien rarement au bord libre ou à la face externe de la grande lèvre. Puis, dans le cas de phlegmon, le pus est toujours plus abondant, il est épais, crémeux, c'est l'antique pus louable; il contient enfin les microbes variés de la suppuration, staphylocoques et streptocoques; le pus de la bartholinite se tarit plus vite à la pression, il est plus ou moins mélangé de mucus, et renferme souvent le gonocoque incarcéré dans les cellules épithéliales.

S'il s'agit d'un abcès phlegmoneux, un stylet introduit dans le foyer reconnaît que sa cavité est vaste, anfractueuse, que la peau et la muqueuse qui forment les replis vulvaires sont décollées, quelquefois même dans toute leur hauteur, ce qui n'a jamais lieu dans la bartholinite abcédée.

L'accident primitif amène souvent l'œdème de la grande lèvre qui se tuméfie; à première vue, on pourrait mettre sur le compte d'une bartholinite cette déformation de la vulve, mais l'œdème du chancre infectant est un œdème dur, généralisé à toute l'étendue du repli vulvaire, il est accompagné d'une adénopathie résistante et indolente qui met sur la voie du diagnostic, et fait rechercher l'ulcération spécifique si l'on n'y a pas songé tout d'abord; la coexistence, très rare, du reste, d'une bartholinite suppurée et d'un chancre syphilitique situé à l'orifice du canal excréteur sera facilement reconnue au moyen des signes caractéristiques de ces deux affections : l'issue du pus à la pression de la glande pour la bartholinite, et la douleur; l'induration de sa base, et la pléiade ganglionnaire dure, insensible pour le chancre.

Le chancre simple a été confondu avec l'ouverture extérieure, enflammée, excoriée, du canal de la glande; étant externe dans le service du Dr Cordier, il nous souvient avoir vu une malade envoyée aux Chazeaux pour un chancre simple et qui n'avait qu'une bartholinite accompagnée des lésions pseudo-ulcéreuses si fréquentes de la macule gonorrhéique. La recherche d'une adénite douloureuse, l'absence de

toute induration à la partie postérieure de la grande lèvre, l'auto-inoculation, sont en faveur du chancre simple; mais il faut savoir que chancre simple et bartholinite peuvent coexister.

L'écoulement de la vaginite a souvent été pris pour l'humeur qui s'écoule du canal excréteur de la glande de Bartholin; l'examen au spéculum et la palpation de la grande lèvre lèveront tous les doutes et permettront de distinguer ce qui appartient à l'inflammation de la vulve et du vagin et à la bartholinite concomitante.

Quant à la bartholinite suintante, elle passe souvent inaperçue; si elle s'établit d'emblée; si elle n'a pas subi de poussées aiguës qui ont attiré l'attention de la malade; si la malade a un intérêt quelconque à cacher ses antécédents, si le médecin se contente d'examiner superficiellement les organes génitaux, il méconnaîtra cette forme insidieuse de l'affection qu'il faut, pour la découvrir, rechercher avec d'autant plus de soin, qu'elle est une source fréquente de la blennorrhagie chez l'homme.

Le diagnostic des fistules consécutives mérite de nous arrêter un moment.

Celles qui s'ouvrent à la face externe ou en avant de la grande lèvre pourraient être prises pour des trajets créés par des suppurations osseuses venant de la branche ascendante de l'ischion ou descendante du pubis; mais outre l'absence antérieure de tout symptôme de bartholinite, le stylet conduirait sinon sur le point osseux dénudé, du moins dans sa direction.

Les fistules borgnes externes dont l'unique orifice siège au périnée, font tout d'abord penser à une lésion du rectum ou de l'anus ; mais on ne retrouve dans les commémoratifs de la malade aucun phénomène morbide du côté de l'intestin ; il n'y a pas issue de matières ou de gaz ; le pus est acide, il rougit le papier bleu de tournesol, il contient souvent le gonocoque, et en son absence il renferme toujours un certain nombre de cellules épithéliales qu'on ne retrouve jamais dans les fistules consécutives à des abcès de la marge de l'anus ; nous insistons tout spécialement sur ce point, parce que, si la recherche du gonocoque est souvent infructueuse et nécessite des examens répétés, par contre la recherche de ces cellules épithéliales peut se faire par tous, avec la plus grande facilité. Enfin l'exploration du trajet achève le diagnostic, le stylet se dirigeant vers la glande, ou en un point quelconque de son canal.

Dans les cas plus complexes où la glande de Bartholin (ou son conduit) communique d'une part avec le rectum, d'autre part avec le périnée, où par conséquent des gaz et même des matières fécales liquides ou semi-solides peuvent s'échapper au dehors, le plus souvent à la suite d'efforts, dans ces cas, le diagnostic est plus embarrassant ; il vient tout de suite à l'idée du chirurgien qu'il s'agit d'une fistule ayant débuté par un abcès péri-anal, ou péri-rectal. Mais en interrogeant la malade, on apprendra qu'elle n'a jamais souffert du côté de l'anus, et qu'avant d'éprouver des douleurs — qui peuvent faire défaut — pendant la défécation, elle a été traitée antérieurement pour

des abcès à répétition de la grande lèvre ou a été atteinte d'un écoulement persistant par la vulve. Le stylet ici encore rendra les plus grands services, et la recherche des cellules épithéliales ne devra pas être omise.

Quand la fistule vient s'ouvrir dans le vagin, son siège immédiatement au-dessus des caroncules myrtiliformes et à la partie latérale du conduit, suffit pour faire éliminer les fistules uréthro-vaginale et vagino-rectale dont les symptômes sont tout différents.

La dilatation kystique de la glande de Bartholin peut être la cause de nombreuses erreurs diagnostiques; des tumeurs réductibles telles que les hernies, des tumeurs irréductibles, liquides ou solides, ont pu donner le change.

La hernie postérieure de la grande lèvre, *pudendal hernia*, occupe sa partie moyenne et s'étend du côté interne de l'ischion. Si l'on introduit un doigt dans le vagin, on sent qu'elle s'étend, dans la cavité pelvienne, vers l'utérus où l'on cesse de la percevoir; sa réductibilité, et les autres caractères des hernies réductibles, la feront distinguer sans peine.

La hernie inguinale, à son degré le plus élevé, descend dans la grande lèvre; la tension dont elle est le siège dans la toux et l'effort, la recherche de son pédicule remontant vers l'orifice externe du canal inguinal, l'existence du gargouillement, son volume même, suffiront à la caractériser.

L'hydrocèle congénitale, due à la persistance du canal de Nück, et présentant de grandes analogies avec la hernie inguinale, se différenciera de la bartho-

linité kystique, au moyen des mêmes signes ; il importe seulement de savoir que la réduction en est plus difficile et plus lente, et se fait sans gargouillement.

Les kystes irréductibles du canal de Nück, mats et fluctuants, diffèrent de la dilatation kystique de la glande de Bartholin, en ce qu'ils sont mobiles et souvent refoulables dans le trajet inguinal.

Les pseudo-kystes sacculaires contenant, outre la sérosité qui leur a fait donner aussi le nom de kystes séreux, de l'épiploon irréductible, donnent au doigt qui les explore, la sensation d'une masse lobulée, grenue, pâteuse, ou, au contraire, molle, fluctuante, qui se prolonge par un cordon plus ou moins appréciable, vers le pli de l'aîne correspondant ; ils ne sont jamais situés aussi bas que le kyste dû à la transformation de la glande vulvo-vaginale, et ne se vident pas à la pression.

L'hygroma du au port prolongé d'un bandage herniaire est exceptionnel, nous ne faisons que le signaler ; son mode de formation suffirait du reste à le différencier sans hésitation.

Ajoutons que toutes ces tumeurs, hernies, hydrocèle, kystes irréductibles du canal de Nück, kystes séreux, hygroma, proéminent toujours à la partie antérieure ou moyenne de la grande lèvre, qu'elles ne présentent que rarement des phénomènes d'inflammation aiguë qui acquièrent quand ils se montrent une gravité exceptionnelle, et s'accompagnent de réaction générale grave, tandis que la bartholinite kystique occupe, ne l'oublions pas, la partie posté-

rieure de la grande lèvre, immédiatement au-dessus de la fourchette, et subit souvent des poussées qui ne retentissent jamais d'une façon inquiétante sur l'état général.

Certains kystes du vagin pourraient à la rigueur simuler la bartholinite kystique ; comme celle-ci, ils sont fluctuants, et renferment un liquide séreux ; mais les kystes du vagin sont beaucoup plus transparents, plus superficiels ; ils sont pour ainsi dire sous-muqueux, la muqueuse présente à leur niveau une teinte bleuâtre et un aspect lisse et tendu tout à fait spécial ; tandis que la dilatation kystique de la glande est toujours, comme la glande elle-même, assez profondément placée dans les tissus.

Parmi les tumeurs solides auxquelles peut ressembler la bartholinite kystique, l'ovaire hernié présente un pélicule qui s'engage dans le trajet inguinal ; il est d'une sensibilité exquise et spéciale ; et si, au moment du molimen menstruel, il se gonfle et devient le siège de douleurs spontanées, tout comme la bartholinite, au toucher on reconnaît que le col utérin est plus élevé qu'à l'état normal, et dévié en sens opposé à la hernie ; enfin les mouvements imprimés au museau de tanche par le doigt vaginal, se communiquent à l'ovaire hernié.

Les lipomes de la grande lèvre sont une rareté ; leur pseudo-fluctuation est bien faite pour égarer le diagnostic ; cependant, les caractères particuliers de la mollesse qu'ils présentent à l'exploration et les bosselures de leur surface, doivent, dans la majorité des cas, permettre de les distinguer.

Signalons encore les fibromes de la vulve, surtout ceux qui prennent naissance dans le sac dartoïque de Broca, ceux qui tirent leur origine de la lame périostique voisine, ceux enfin qui se développent aux dépens du ligament rond.

Leur évolution lente et progressive, leur volume qui peut ne pas dépasser celui d'une noisette, leur forme arrondie, leur situation profonde, leur mobilité sous la peau qui les recouvre et sur les parties profondes, leur accroissement au moment des règles, tous ces signes se rencontrent aussi dans la bartholinite kystique; ce n'est pas non plus sur la dureté de la tumeur qu'on peut baser le diagnostic de fibrome, car quelques-uns d'entre eux ont une mollesse remarquable; ils n'ont pas davantage de retentissement sur les ganglions et la santé générale. La ponction exploratrice, faite à l'aide d'une seringue de Pravaz, sera quelquefois au début le seul moyen de reconnaître une dilatation kystique de la glande; dans ce cas, en effet, elle ramènera toujours une certaine quantité de liquide.

Plus tard, l'accroissement souvent volumineux du fibrome, puis l'ulcération de la peau et les hémorrhagies qui la suivent, sont des symptômes tellement différents qu'à ce moment, personne ne songera à mettre en parallèle le néoplasme et la bartholinite.

CHAPITRE VI

Traitement.

Le traitement de la bartholinite ne doit et ne peut pas être un ; chacune des formes cliniques que nous avons décrites exige une médication spéciale.

Dans les cas aigus, qu'il s'agisse d'un abcès de la glande ou de son conduit, deux symptômes forcent le praticien à intervenir : les douleurs et la tendance qu'a le pus à venir se faire jour loin de l'orifice extérieur du canal de la glande.

Aussi, quand les douleurs sont vives, quand la rougeur, la distension et l'amincissement de la muqueuse ou de la peau font craindre une rupture imminente, la thérapeutique résolutive, combinée au repos complet des organes sexuels, soustraits à toute espèce d'irritation, aidée encore par une hygiène convenable, est naturellement indiquée. Elle jouit, en effet, d'une réelle efficacité pour calmer l'intensité des souffrances et, dans certains cas, faire rétrocéder

la suppuration, d'autant plus que la maladie a quelquefois des tendances à se terminer d'elle-même; mais nous croyons que l'emploi des compresses froides sur la vulve, fréquemment renouvelées, des bains de siège à peine tièdes, d'une durée de vingt minutes à une demi-heure, des lotions antiseptiques, des injections simples et astringentes, recommandées par Jullien, des cataplasmes de farine de lin ou autres, des pommades adoucissantes, des fondants très en vogue autrefois, de l'onguent napolitain, nous croyons que tous ces moyens auxquels on a recours depuis si longtemps, auxquels Huguier attachait une si grande importance, au lieu d'être utiles aux malades qu'ils calment toujours, du reste, peuvent, au contraire, les exposer, en s'opposant à la formation et à l'écoulement du pus, et par là à l'élimination de la glande, à ces récidives qui font leur désespoir et celui de leurs médecins.

Ce n'est pas à dire que nous proscrivions parmi ces moyens les lavages vulvaires et les irrigations vaginales qui, en détergeant des régions constamment souillées, surtout chez les femmes d'un embonpoint anormal, et celles qui ne prennent aucun soin de propreté, s'opposent aux infections secondaires.

Mais, encore une fois, les procédés résolutifs exposent aux récidives. D'un autre côté nous ne croyons pas que les pressions exercées matin et soir sur la glande ou sur son conduit, de dehors en dedans, puissent être recommandées; quant à l'application de sangsues à la face interne et à la base de la lèvre, c'est une méthode dont on ne se sert plus.

Alors, quelle conduite tenir, si l'on veut apaiser des souffrances souvent intolérables? Faut-il suivre un exemple déjà ancien et faire une incision hâtive, une ouverture artificielle, étroite, mais suffisante pour donner issue à la collection, pratiquée à l'aide de la pointe d'un petit bistouri, non pas sur le point le plus fluctuant, mais le plus près possible du canal excréteur, et suivie ou non d'une injection dans la poche d'une solution phéniquée forte?

Oui, sans doute. C'est ce que faisait, en 1879, Pouillet qui, dans son livre sur les écoulements blennorrhagiques, préconise l'incision à la lancette, près de l'orifice du conduit excréteur et, plus près de nous, Diday, qui recommande de ponctionner du côté de la muqueuse et, s'il se peut, sur l'orifice même de la glande.

Seulement cette intervention précoce a, comme la méthode résolutive, le grand inconvénient de favoriser les récidives ou le passage de l'état aigu à l'état chronique. Tous les chirurgiens l'ont compris, aussi ont-ils cherché de tous temps à y remédier en ayant recours à l'incision large, telle que la faisait Huguier, parallèle au grand axe de la grande lèvre et à la face interne de cette lèvre, dans les abcès du conduit; sur la tumeur elle-même, dans les abcès de la glande; telle que la voulait Gosselin qui, pour éviter les rechutes, la maintenait béante par des mèches de charpie, jusqu'à ce que la cicatrisation se soit établie du fond à la surface et que la cavité pyogénique ait disparu; telle que la voulait avant lui Cullerier, qui la pratiquait de bonne heure, pour empêcher l'inflam-

mation de se propager au delà de l'appareil glandulaire et avait l'habitude de donner issue au pus du côté de la muqueuse, parce que l'écoulement lui en paraissait plus facile en ce point; telle que la veut Jullien, qui propose de la faire porter sur le canal excréteur, puis de s'opposer à sa trop rapide cicatrisation en maintenant les bords écartés par des pansements journaliers qui en excitent le fond; telle que la veut encore, suivant en cela la plupart des auteurs classiques, Audry qui, pour s'opposer aux fistules, tamponne la cavité mise à découvert, y pratique des lavages antiseptiques, draine ensuite, et laisse la cicatrisation s'effectuer par bourgeonnement du fond à la surface; telle enfin que la proposait dernièrement M. le Dr Horand, qui la fait suivre d'une cicatrisation au crayon de nitrate d'argent, pour assurer la cicatrisation à plat.

Sans doute, cette méthode bien chirurgicale, en permettant les irrigations au sublimé, à l'acide phénique, au permanganate de potasse ou à l'acide borique, l'introduction dans le foyer purulent de mèches médicamenteuses diverses, qui y entretiennent la suppuration, facilite ainsi l'élimination par fragments, par lambeaux, de la glande atteinte; mais elle ne remplit pas toujours son but et laisse constamment à sa suite des traces indélébiles souvent très accentuées.

Il en est de même de quelques autres procédés mis en usage contre cette forme de bartholinite, procédés pénibles pour les malades, agissant avec lenteur ou demandant à celui qui les emploie une certaine habi-

lité de main : le séton de Benjamin Bell, le drainage de Gosselin, établi après avoir fait deux ouvertures à la glande abcédée, mais peu volumineuse, l'une au bistouri à la partie supérieure, l'autre avec un trocart au point déclive et laissé en place jusqu'à ce que la membrane pyogénique s'élimine et que de beaux bourgeons apparaissent aux deux orifices; la flèche de canquoin plantée dans le foyer par Diday, ou le transperçement du foyer, conseillé par le même auteur, à l'aide d'une aiguille, entraînant avec elle un fil de soie cirée que l'on noue lâchement et laisse en place quatre à cinq jours afin de provoquer une inflammation qui amène l'adhérence des deux parois, et finalement l'oblitération de la cavité.

Tous ces traitements peuvent réussir, mais hélas ! quelques-uns resteront purement palliatifs et n'auront chez la plupart des malades, dans la majorité des cas, qu'une action passagère; sous les diverses influences indiquées au chapitre de l'étiologie, en particulier sous celle des règles, les rechutes surviendront fréquentes, la maladie se réveillera tous les mois, ou l'état aigu passera à l'état chronique.

Faut-il donc attendre l'ouverture naturelle?

Il est peut-être préférable d'agir ainsi, quand les souffrances ne sont pas trop violentes, quand l'abcès est bien limité et a de la tendance à s'ouvrir vers l'orifice du canal; mais si le pus menace de perforer la grande lèvre, en avant ou en dehors, en des points, par conséquent, où peuvent se constituer des fistules gênantes ou des cicatrices disgracieuses, si l'expectation doit avoir pour résultat des fistules

vulvo-rectales, comme l'a bien montré de Amicis, il faudra se résoudre à ponctionner, sans trop craindre les récidives et la transformation de la bartholinite aiguë en bartholinite suintante ; car alors nous avons, comme nous l'indiquerons plus loin, un traitement efficace à opposer à cette dernière forme.

C'est encore à la ponction qu'on aura recours, dans l'état aigu des bartholinites à rechutes, et c'est le traitement que nous proposerons, qu'il conviendra d'employer dans l'état chronique suintant, de ces mêmes bartholinites, si contagieuses sous cette forme pour ainsi dire larvée, et repassant si facilement à la phase aiguë.

Jusqu'à maintenant, pour arrêter dans leur marche les bartholinites suintantes et les bartholinites kystiques, pour s'opposer aussi aux chances multiples d'une contamination presque fatale, et soustraire leurs clientes à cette chronicité désespérante et rebelle qui est la caractéristique de ces formes de la maladie, les chirurgiens se sont arrêtés à un traitement aussi efficace que radical, à l'extirpation de la glande.

C'est cette extirpation que fit Huguier à la malade dont il est question dans la dixième observation de son mémoire : « vu le grand développement du corps folliculaire, et l'ancienneté de la maladie, il pratiqua une double incision elliptique sur la face interne de la petite lèvre, circonscrivant l'orifice excréteur, de telle sorte que ce dernier correspondait au centre de l'ellipse ; il attira la glande au dehors à l'aide d'une pince érigne, la détacha de ses adhérences avec des

ciseaux courbes et l'enleva ; sur une autre femme de son service qui souffrait d'une dilatation kystique et purulente, il se décida aussi à disséquer l'appareil vulvo-vaginal, après avoir sectionné verticalement et parallèlement au sillon nympho-labial, un pli horizontal fait avec la muqueuse de la petite et de la grande lèvre » ; dans un autre cas, Bois de Loury, disent Martin et Léger, se contenta d'une simple incision verticale sur la face interne de la petite lèvre, puis ayant attiré la glande au dehors il la détacha ; Langlebert dut se résoudre à pratiquer aussi cette opération qu'il trouvait délicate et très pénible pour les malades ; Fauvel fait sur la petite lèvre une incision horizontale à légère concavité supérieure ; cette incision part des caroncules myrtiliformes, et passant par l'orifice du canal excréteur, va aboutir au bord libre de l'organe.

Depuis lors, nombre d'opérateurs ont imité leur conduite, et, si le manuel opératoire, le tracé des incisions ont varié avec chaque praticien, le fond de l'intervention est resté le même. Michaux, dans son article du *Traité de chirurgie*, la vante et dit en avoir obtenu, dans un cas difficile, un résultat excellent.

Sans vouloir nier la réelle supériorité de cette opération sur des méthodes telles que celle de Finger, entre autres, qui propose de faire suivre l'ouverture large, d'un raclage à la curette, nous croyons qu'elle n'est pas sans inconvénients, et qu'elle présente, sinon de véritables dangers, du moins des désavantages assez sérieux.

Tout d'abord l'intervention sanglante, pour être pratiquée commodément, et éviter de cruelles souffrances aux patientes, nécessite l'anesthésie ; or l'anesthésie toujours pénible, et par sa phase d'excitation, et par ses suites, doit à notre avis être réservée aux cas où il est impossible de s'en passer ; du reste, avec le réveil des sens, c'est le réveil de la douleur qui persiste plus ou moins longtemps, et se ranime à chaque pansement.

Mais ce n'est là que le plus petit mauvais côté de l'énucléation ; un autre grief plus grave que nous relevons contre elle, est celui-ci : pratiquée dans une région constamment souillée par les liquides microbiens du vagin et de l'utérus, par les sécrétions des glandes vulvaires, par l'urine souvent septique, elle expose à des complications infectieuses, que l'antisepsie, impossible à réaliser ici d'une façon complète, est incapable de prévenir. Alors les points de suture lâchent, la suppuration s'établit, les bords de la plaie se rétractent ; en un mot, jamais la réunion immédiate n'est obtenue, jamais, par conséquent, on ne pourra compter sur une guérison trop rapide.

Fauvel a même signalé, à la suite de l'intervention, la possibilité d'une phlébite favorisée par l'existence des nombreuses veines que le bistouri rencontre et sectionne toujours.

L'hémorrhagie est aussi à redouter ; la glande de Bartholin se trouve, en effet, placée dans une région très vasculaire ; l'artère périnéale superficielle et les veines hémorroïdales inférieures la cotoient en avant et en dedans ; les veines qui relient le bulbe aux

veines hémorroïdales inférieures passent sur sa face antérieure; sa face externe est en rapport en haut et un peu en avant avec le bulbe du vagin; les vaisseaux qui lui arrivent de la honteuse interne, par l'intermédiaire de la clitoridienne, sont nombreux, et l'aborde par son bord interne; les veines qu'elle émet, plexiformes, l'entourent dans tous les sens; on comprend donc facilement que le bistouri lèse fatalement quelques-uns de ces vaisseaux et provoque un afflux de sang pendant l'opération; tous ceux qui ont extirpé des bartholinites suintantes ou kystiques se sont vus obligés de pratiquer une hémostase longue et délicate, soit qu'il se soit agi d'arrêter des jets artériels, soit qu'il ait fallu s'opposer à une hémorrhagie en nappe. Huguier a été aux prises avec cet afflux de sang; il a signalé la difficulté de s'en rendre maître et la possibilité de le voir réapparaître après l'opération. Il a cité le fait d'une de ses malades atteinte, le septième jour qui suivit l'intervention, d'une hémorrhagie secondaire, laquelle retarda sa guérison; Bois de Loury, suivant Martin et Léger, a vu aussi ces hémorrhagies tardives, mais il les croyait rares et généralement légères; Audry, moins optimiste, dit que les rapports de la glande avec le bulbe sont tels que l'extirpation est toujours accompagnée d'hémorrhagies désagréables et tenaces qui nécessitent une hémostase absolue, à l'aide de sutures perdues et que même alors il sera prudent de ne pas assurer un trop prompt rétablissement. Fauvel, dans sa thèse, rapporte l'observation d'une malade dont la vie faillit être compromise par des hémor-

rhagies répétées ; le voisinage des veines vaginales et la possibilité de les sectionner paraissent à Huguenin une raison suffisante pour rejeter l'énucléation. Ajoutons que les cas malheureux ne sont pas publiés.

Si, par hasard, on n'endormait pas la malade, si l'on se contentait de faire préalablement, *loco dolenti*, quelques injections à la cocaïne, l'écoulement sanguin surviendrait encore après l'ablation avec d'autant plus de facilité qu'au resserrement des vaisseaux produits par l'alcaloïde succède une prompte dilatation quand il a cessé d'agir ; du reste, il serait rare alors de faire une opération absolument indolore.

Nous devons signaler encore les difficultés qu'on éprouve, dans certains cas, à énucléer la glande de Bartholin ; outre les adhérences de la paroi externe de ses lobules avec les tissus environnants, adhérences qui nécessitent une dissection longue et minutieuse, il arrive souvent que le chirurgien se trouve en présence d'un ou de plusieurs de ces prolongements que nous avons signalés, et qui s'engagent soit entre le rectum et le vagin, soit entre les aponévroses du périnée. S'il veut alors faire une opération complète, il est obligé de les poursuivre jusqu'à leur terminaison, ce qui n'est pas toujours facile, même lorsqu'il s'agit d'un kyste, et donne lieu à des délabrements considérables ; de plus, encore, la dilatation kystique peut n'occuper que le canal excréteur ou qu'un ou quelques-uns des lobules de la glande ; l'énucléation faite, la malade qu'on croyait avoir complètement débarrassée, se verra forcé de revenir plus tard solliciter un nouveau traitement.

Mais c'est surtout dans les formes suintantes de la bartholinite chronique que les difficultés sont grandes et que l'opération devient délicate; alors, la glande aplatie, perdue au milieu de la couche conjonctive qui l'entoure, ne se distingue pas nettement; on risque de ne faire qu'une ablation partielle, de laisser quelques-uns de ses prolongements et, par conséquent, de voir, au bout de quelque temps, la maladie se réveiller.

C'est pourquoi Terrillon avait proposé de pousser des injections solidifiables par le canal excréteur; il pensait ainsi faire saillir la glande, en la remplissant, mais les résultats n'ont pas complètement répondu à son attente, car les orifices qui mettent en communication l'organe de Bartholin avec ses prolongements ou son canal sont dans nombre de cas oblitérés (bartholinite kystique) ou si étroits que les injections ne peuvent y pénétrer. Souvent même, le canal excréteur seul se distend, et si l'on se contente alors de n'enlever que les parties rendues évidentes, l'opération reste encore incomplète et la guérison ne survient pas.

Enfin, et c'est là un des inconvénients majeurs de la méthode chirurgicale, inconvénient qui n'est pas sans être vivement déploré par un certain nombre de femmes, par une certaine catégorie de malades, le bistouri laisse des cicatrices. Ces cicatrices sont plus ou moins considérables, quelquefois à peine perceptibles (très étendues toujours d'après quelques auteurs) mais elles déplaisent, et cela suffit pour qu'on cherche à les éviter. Huguier, dont elles avaient attiré l'atten-

tion, disait que la perte de substance assez considérable souvent, ou la légère dépression qui les constitue, ne s'apercevait guère, quelques jours après la réunion des bords, quand les lèvres de la vulve étaient en rapport l'une avec l'autre et que, plus tard, c'était à peine si on les découvrait. Martin et Léger affirmaient qu'il n'y avait pas une déformation aussi notable qu'on pouvait le supposer, mais Cullerier y attachait plus d'importance, et prenait bien soin, même quand il ne pratiquait qu'une simple incision à la période aiguë, pour donner issue au pus, de la faire porter sur la muqueuse « de cette façon j'évite, disait-il, des stigmates que les femmes redoutent toujours, dans cette région surtout ».

Nous-mêmes avons pu voir des malades antérieurement opérées, et constater sur elles quelques-unes de ces cicatrices anfractueuses qui font leur désolation.

Si donc nous rejetons les incisions faites à la face interne, à plus forte raison rejetterons-nous celle de Fauvel qui consiste à sectionner la peau de la grande lèvre, parallèlement à la branche de l'ischion; sans doute l'opération est ainsi plus facile, elle permet d'éviter sûrement le bulbe et les veines hémorroïdales inférieures, mais elle est déplorable au point de vue des cicatrices.

Disons encore que l'extirpation de la glande nécessite un long séjour à l'hôpital; même s'il ne survient aucune complication imprévue, le bourgeonnement de la plaie se fait souvent attendre; si nous parcourons les observations de Fauvel, nous voyons

que les malades n'ont obtenu leur exeat, la première, qu'un mois et demi après avoir été opérée; la troisième, un mois et dix jours et que la sixième, sortie du Dispensaire au bout d'un mois, n'était encore qu'en bonne voie de guérison.

Frappés de ces multiples désavantages, présentés par la méthode sanglante : douleurs, difficultés de l'opération, hémorrhagies, infections secondaires, longueur de la réparation, déformations de la région, les médecins ont, depuis cinquante ans que la pathologie de la glande vulvo-vaginale est mieux connue, cherché un traitement aussi sûr et moins désagréable, et ils ont préconisé contre les formes suintantes et kystiques, la cautérisation pratiquée à l'aide de solutions injectées au moyen de seringues diverses par l'orifice externe du canal.

Huguier injectait déjà dans la cavité du canal excréteur dilaté des toniques et des astringents, et quand l'hypersécrétion dépendait de l'irritation du corps folliculaire lui-même, une solution de nitrate d'argent à 0,30 pour 30 grammes d'eau ; l'injection était suivie d'une augmentation passagère de l'hypersécrétion qui allait ensuite en diminuant. La teinture d'iode a été aussi employée : iode 2 grammes, iodure de potassium 1 gramme, eau 20 grammes ; l'alcool plus ou moins dilué a eu son moment de vogue ; de Sinéty se serait bien trouvé de l'eau oxygénée ; le permanganate de potasse, le formol (solution normale), l'acide phénique (solution forte) ont été expérimentés ; mais toutes ces injections, comme Fauvel le reconnaît, et comme nous avons pu le voir nous-mêmes

pour quelques-unes, ont donné des résultats inconstants aussi bien dans les formes suintantes de la bartholinite que dans les formes kystiques ; le plus grand nombre des succès observés à la suite de ces injections s'explique facilement ; il est rare, en effet, quand on les pratique par l'orifice extérieur de faire pénétrer le liquide jusque dans la glande elle-même, car le canal excréteur est le plus souvent alors oblitéré par accolement, ou coudure de son trajet ; et ce n'est pas dans la pluralité des cas qu'on a pu sentir la glande et ses prolongements se distendre sous l'afflux de la solution médicamenteuse.

Aussi Duvernoy, dans son article des *Annales de gynécologie*, recommande-t-il les injections au chlorure de zinc dans le kyste même, préalablement vidé ; il y aurait, suivant lui, peu de douleurs, et l'augmentation consécutive du volume de la tumeur serait bientôt suivie d'une diminution persistante. Malheureusement il ne rapporte qu'une seule observation pour prouver l'efficacité du traitement qu'il propose ; il est vrai, qu'après lui, le pouvoir sclérogène du chlorure de zinc a été démontré d'une façon irréfutable ; « très rapidement après l'injection de ce sel, les éléments anatomiques sont fixés et meurent, même à distance ; les capillaires et les petits vaisseaux s'oblitérent par suite de l'irritation de leurs parois qui rétrécit leur calibre, et il se fait, au sein des tissus, un afflux énorme d'éléments embryonnaires, qui s'organisent avec une grande activité et constituent un tissu fibreux serré et compact ». On sait du reste que Lannelongue a utilisé les propriétés du chlorure de

zinc pour le traitement des tumeurs blanches, il emploie des solutions à 1/10 qu'il injecte dans la zone la plus voisine des fongosités ; deux à trois gouttes, répétées plusieurs fois, suffisent. — Richet, dans le traitement des loupes du cuir chevelu — qui ne sont autre que des dilatations kystiques et purulentes de glandes sébacées assez semblables, comme constitution, à la glande de Bartholin, — avait déjà préconisé les injections interstitielles avec quelques gouttes de chlorure de zinc, à saturation il est vrai, et n'avait eu qu'à s'en louer. Mais si les résultats ont toujours répondu à l'attente du chirurgien, dans les néoplasmes tuberculeux, les loupes, et un certain nombre de tumeurs bénignes, ils ont été moins encourageants dans les bartholinites suintantes et kystiques (les tentatives faites aux Chazeaux n'ont abouti qu'à des insuccès). De plus, les injections au chlorure de zinc, même dilué, sont franchement douloureuses, et si l'on emploie, comme Richet, la solution saturée, on n'obtient la guérison des malades qu'au prix d'une élimination en masse des parties, et d'une cicatrice considérable. (Nous en rapporterons une observation).

C'est alors qu'on a eu l'idée d'employer les injections d'alcool salicylé à saturation ; des expériences faites sur des cobayes à qui on injectait cette solution sous la peau, n'ont amené aucun accident inflammatoire localement et n'ont eu aucune influence fâcheuse sur l'état général de l'animal. Nous avons fait sur nous-mêmes des applications du caustique ; nous plaçant, durant une nuit, sur le bras, un linge

imbibé d'alcool salicylé, nous n'avons ressenti qu'un léger prurit, et le lendemain, le pansement ôté, nous avons constaté une légère desquamation superficielle sous forme de pellicules blanchâtres. Les douleurs accusées par les malades, — à part celle de la piqûre — ont été nulles; la guérison rapide et constante, comme le démontrent amplement les observations qu'on pourra lire à la suite de notre travail. Voici comment on opère : on se sert d'une seringue de Pravaz ; l'aiguille est plantée par transfixion dans la glande elle-même, ce qui est très simple dans les cas kystiques et un peu moins dans les formes suintantes ; on ne fait pénétrer à la fois qu'un centimètre cube ; quelquefois un demi-centimètre cube est suffisant. Il est rare que l'injection doive être renouvelée.

Le temps nous a manqué pour examiner sur des coupes de glandes sébacées l'effet produit par l'alcool salicylé saturé et les métamorphoses de l'épithélium au contact du caustique. Il est vraisemblable cependant que l'épithélium glandulaire doit être brûlé, détruit, et tomber dans la cavité du kyste ; du reste l'acide salicylique concentré et l'alcool, même l'alcool d'un faible degré, n'ont-ils pas pour propriétés de cautériser les muqueuses et d'entraver les sécrétions ?

Quoi qu'il en soit les faits que nous rapportons suffisent, à défaut de plus nombreuses et plus longues expériences, d'examens histologiques et de constatations microscopiques, à prouver l'efficacité de l'alcool salicylé à saturation dans le traitement des bartholinites tant suintantes que kystiques.

OBSERVATION IV.

(Bartholinite suintante).

Be..., Francine, âgée de 21 ans, fille publique.

Réglée à 13 ans. Premiers rapports à 18. En maison depuis trois mois à Roanne. La malade est envoyée en traitement le 20 octobre 1896, pour une bartholinite chronique droite ouverte spontanément au voisinage de l'orifice externe du conduit de la glande.

Elle a des pertes blanches abondantes; pas de goutte purulente dans le canal de l'urèthre; l'examen au spéculum montre que le vagin est le siège d'une inflammation assez intense.

Depuis quelque temps, cette fille éprouvait une certaine gêne dans le coït, quand tout à coup les douleurs sont devenues plus vives et elle n'a pas tardé à s'apercevoir d'un gonflement de tout le côté droit de la vulve, puis de l'ouverture d'un abcès, après laquelle les phénomènes inflammatoires se sont amendés.

Actuellement la grande lèvre est encore un peu déformée dans son tiers postérieur; la palpation réveille une légère douleur et donne au doigt la sensation d'une masse pâteuse; à la pression, du pus mal lié s'écoule par l'ouverture anormale. La macule gonorrhéique n'est pas très marquée.

Le 21 octobre 1896 on fait une injection d'un centimètre cube d'alcool salicylé par l'orifice, le conduit étant perméable la solution pénètre dans la glande.

Le 24 octobre tout écoulement purulent a disparu; la vulve est redevenue normale. On sent encore à la place de la glande une légère induration.

La malade est revue le 11 décembre de la même année; la pression au niveau des glandes de Bartholin, qui ne sont plus volumineuses, ne fait sourdre aucune goutte purulente.

OBSERVATION V.

(Bartholinite suintante).

Har..., Clémentine, âgée de 24 ans, fille publique.

Réglée à 19 ans, régulièrement. Premier coït la même année. En maison depuis dix mois. N'a jamais été arrêtée.

La malade est envoyée le 15 juillet 1897 avec le diagnostic : bartholinite suintante gauche. Un écoulement assez abondant de pus verdâtre strié de sang se fait par l'orifice extérieur du canal de la glande et augmente à la pression de celle-ci, il n'y a pas de déformation vulvaire bien marquée, mais elle aurait été plus considérable ; les douleurs sont peu accusées à la palpation, qui permet de sentir une masse pâteuse dans la grande lèvre gauche.

Le suintement ne tarissant pas, la malade se décide le 31 juillet à se laisser faire une injection d'alcool salicylé, par transfixion, dans la glande, le liquide ne pénétrant pas par l'orifice. Aucune douleur. Réaction inflammatoire minime. La guérison survient en trois jours.

A un second séjour de la malade aux Chazeaux (27 août), nécessité cette fois par un chancre de la fourchette et des végétations, on ne trouve plus trace de bartholinite ; ni induration, ni suintement.

OBSERVATION VI.

(Bartholinite suintante).

Vai..., Marie, âgée de 27 ans, fille publique.

Réglée à 12 ans ; premiers rapports sexuels la même année. Prostitution depuis dix ans.

Soignée antérieurement pour des chancres simples, de l'herpès vulvaire, un chancre syphilitique, et une bartholinite gauche.

Entre à l'hôpital le 22 avril 1897 avec le diagnostic d'abcès de la glande de Bartholin. On constate au niveau de la partie inférieure de la vulve — du côté droit — une tuméfaction assez volumineuse, presque indolente, et dans l'intérieur des tissus une petite masse du volume d'une noisette. A la pression, issue par l'orifice de la glande d'un pus jaune grumeleux, mêlé de sang. Au dire de la malade, la glande aurait été plus volumineuse et se serait vidée à plusieurs reprises par l'orifice normal.

Injection d'un centimètre cube d'alcool salicylé, le 24 avril, par ponction de la glande. Réaction inflammatoire minime.

Le 1^{er} mai la glande a disparu complètement. Plus de suintement. C'est à peine si l'on sent un petit noyau induré très près de la fourchette.

Cet heureux résultat engage à faire aussi une injection dans la glande gauche qui est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, mais non suintante. Guérison rapide. La malade est complètement débarrassée le 8 mai.

OBSERVATION VII.

(Bartholinite suintante).

Pey..., Isabelle, 18 ans, tisseuse.

Réglée à 17 ans. Premier coït à 18. Prostitution depuis un an et demi. Syphilitique depuis le mois de mai 1896.

Le 21 décembre 1896, la malade est envoyée aux Chazeaux avec le diagnostic : blennorrhagie, bartholinite droite.

A l'examen de la vulve, quoiqu'il n'y ait ni œdème, ni rougeur, ni tuméfaction bien marquée à la base de la grande lèvre droite, ni douleur au niveau de la glande vulvo-vaginale, la pression fait sourdre une goutte de pus par l'orifice de la glande.

Une seule injection d'alcool salicylé, faite par transfixion, suffit pour amener la guérison sans réaction inflammatoire et la malade est guérie en six jours. Revue le 10 août 1897;

puis le 9 octobre pour des accidents syphilitiques, ne présente plus aucune trace de bartholinite. La glande n'est plus perceptible au toucher.

OBSERVATION VIII.

(Double bartholinite suintante).

Lyo..., Marie, 22 ans. En maison depuis deux ans.

Réglée à 15 ans, très régulièrement. Premiers rapports la même année.

La malade entre aux Chazeaux le 16 novembre 1896 pour des chancres mous de l'anús. De plus les deux glandes de Bartholin sont augmentées de volume et par la pression on fait saillir par l'orifice normal un liquide muco-purulent. Pas de phénomènes inflammatoires à ce niveau. La malade ne s'est jamais aperçue de rien de ce côté.

Une seule injection d'alcool salicylé dans chaque glande, suffit pour amener la guérison dès le huitième jour.

OBSERVATION IX.

Cor..., Léonie, 19 ans, couturière.

Réglée à 18 ans. Premiers rapports sexuels à 17.

La malade entre aux Chazeaux le 26 octobre 1895, pour un œdème de la grande lèvre droite, accompagné d'une rougeur diffuse.

A l'examen, on constate en dehors de la petite lèvre droite un orifice par lequel s'écoule du pus et qui paraît relié à la glande vulvo-vaginale par un petit trajet fibreux ; toutefois, on aperçoit encore un point rouge vif au niveau de l'orifice du conduit de la glande.

A gauche, les phénomènes inflammatoires sont moins marqués, les douleurs moins vives et le pus s'écoule, à la pression, par l'orifice normal.

On essaye des injections d'alcool camphré qui sont douloureuses et ne donnent aucun résultat. La glycérine au tannin paraît réussir mieux et la malade sort le 20 novembre.

Elle revient le 15 juin 1896 pour une blennorrhagie ; la pression de la glande de Bartholin du côté gauche fait saillir un peu de pus jaunâtre.

Elle fait un troisième séjour au mois de septembre de la même année, pour une bartholinite droite subissant une poussée aiguë ; elle refuse toute intervention et l'abcès s'ouvre spontanément le 20 octobre. On injecte du permanganate de potasse par l'orifice naturel, mais la solution ressort par l'autre.

On fait alors dans la glande elle-même une injection d'alcool salicylé qu'on renouvelle ; la glande s'ouvre à ce moment par trois orifices, l'un normal, l'autre extérieur, le troisième vaginal. On obtient un heureux résultat et la malade sort guérie.

On la revoit le 18 juin 1897. La bartholinite droite a récidivé ; l'orifice anormal, situé en dehors de la petite lèvre droite, laisse couler une grosse goutte de pus.

Une nouvelle injection d'alcool salicylé est faite et pénètre bien.

Trois jours après l'écoulement est tari.

La malade reste à l'hôpital jusqu'à guérison d'un chancre syphilitique situé à la fourchette et pour lequel elle avait été envoyé en traitement. A sa sortie, on ne perçoit plus à droite que la persistance d'un petit cordon noueux, indice du trajet fistuleux qui reliait la première ouverture anormale à la glande.

OBSERVATION X.

(Bartholinite suintante).

Lap..., Marie, 21 ans.

Réglée à 16 ans. Premiers rapports à 20 ans.

Entre le 9 avril 1897 pour une bartholinite qui aurait dé-

buté il y a dix jours par du prurit et par de l'empâtement ; il n'y a cependant pas eu de réaction inflammatoire ayant amené une ouverture spontanée. La pression, un peu douloureuse au niveau de la glande que l'on perçoit, grosse comme une amende, fait sourdre un liquide muco-purulent. La malade présente d'ailleurs des douleurs dans le cul-de-sac gauche avec empâtement. On pratique une ponction de la glande de Bartholin plus volumineuse. Aucun liquide n'est retiré. Injection d'un centimètre cube. Gonflement le lendemain. Guérison définitive en cinq jours.

OBSERVATION XI

(Bartholinite kystique.)

Bur..., Bénédicté, 18 ans, fille publique.

Réglée à 16 ans. Age de prostitution, 17 ans.

La malade est arrêtée pour une blennorrhagie, le 7 août 1896.

A l'examen, goutte purulente uréthrale ; pas de douleurs à la miction ; le vagin est le siège d'une inflammation assez intense, et d'une suppuration jaune verdâtre assez abondante. Gonocoques dans le pus de l'urèthre.

En palpant la partie postérieure de la grande lèvre droite, on y sent un noyau de la grosseur d'une noisette, rénitent sans fluctuation, absolument indolent ; la pression ne fait sourdre aucune goutte de pus par l'orifice extérieur qui est légèrement enflammé.

La malade ne se souvient pas d'avoir jamais souffert à l'entrée de la vulve ; elle s'est aperçue seulement par hasard de la petite tumeur qu'elle porte, et qui n'occasionne qu'une gêne insignifiante pendant le coït.

Une injection d'un centimètre cube d'alcool salicylé est faite par transfixion dans la glande elle-même, le jour de l'entrée de la malade ; elle n'éprouve, à part la piqûre, aucune douleur. Pas de réaction inflammatoire. L'injection n'a pas besoin d'être renouvelée. Cette fille sort guérie le 18 août. Le noyau kystique de la grande lèvre a complètement disparu.

OBSERVATION XII

(Bartholinite suintante.)

Pour..., Jeanne, âgée de 20 ans, fille publique.

Réglée à 12 ans, régulièrement. Premier coït à 18. Age de prostitution, 19 ans.

Arrêtée sur dénonciation militaire pour blennorrhagie.

A l'examen, on constate en effet l'existence d'un très léger écoulement urétral qui est examiné au microscope, et renferme le gonocoque.

Pertes blanches peu abondantes.

La malade dit ne pas souffrir en urinant, ni pendant le coït.

On sent la glande de Bartholin droite gonflée, de la grosseur d'une amande, pâteuse, indolente ; la pression exercée sur elle donne lieu à un léger écoulement sanguinolent par l'orifice normal du canal excréteur.

Un centimètre cube d'alcool salycilé à saturation est injecté par transfixion dans la glande, neuf jours après l'entrée de la malade, le 5 juin 1897 ; pas de douleurs, à part celle de la piqûre. Pas de réaction inflammatoire.

La tumeur n'ayant que peu diminué de volume, il est fait cinq jours après, par le même procédé, une seconde injection de la contenance d'un tiers de seringue environ. Légère réaction inflammatoire. La glande se vide par l'orifice.

Le 15 juin, la glande est revenue sur elle-même, et la malade sort guérie le 19.

OBSERVATION XIII

(Bartholinite suintante.)

Del..., Marceline, 25 ans. En maison.

Réglée à 13 ans. Premiers rapports à 19 ans. Pas de fausses couches ; un accouchement à terme, il y a cinq ans.

Pas de syphilis. Chaudepisse antérieure, accompagnée d'un abcès de la glande de Bartholin droite.

Actuellement (1^{er} octobre 1897), la malade est envoyée en traitement pour de la folliculite vulvaire. La glande vulvo-vaginale du côté droit est dilatée, pâteuse ; la pression sur elle ne réveille pas de douleurs, mais fait sourdre une petite goutte de pus séreux par l'orifice excréteur qui est légèrement vascularisé à son pourtour.

On fait le 15 octobre une injection d'un centimètre cube d'alcool salycilé dans le trajet perméable de la glande. Le 18 tout suintement est tari, et le 23 il n'y a plus de tumeur dans la grande lèvre.

OBSERVATION XIV

(Bartholinite kystique.)

Pi..., Jeanne, 21 ans. En maison.

Réglée à 11 ans 1/2 régulièrement. Premier coït à 21 ans ; ni enfants, ni fausses couches. Syphilis.

En plus des lésions syphilitiques pour lesquelles la malade est arrêtée le 14 avril 1897, la glande vulvo-vaginale gauche est le siège d'une dilatation prononcée ; elle a le volume d'une grosse noisette ; elle est rénitente mais indolente, et il ne s'écoule aucun liquide purulent, à la pression. Une ponction pratiquée à son niveau ne ramène aucune goutte de pus. Une injection d'alcool salycilé est faite alors par transfixion : 1/2 centimètre cube.

Le 1^{er} mai, l'orifice naturel donnant issue à un liquide foncé, de couleur chocolat ; une seconde injection est jugée nécessaire. Elle est faite comme la première, par ponction, au niveau de la glande. A la suite de ces injections, ni douleurs, ni réaction inflammatoire locale.

Le 11 mai, la glande a presque totalement disparu ; elle est à peine grosse comme un pois. La malade sort.

Elle est revue le 30 septembre pour des plaques muqueuses ano-vulvaires. On ne trouve plus trace de la bartholinite.

OBSERVATION XV

(Bartholinite kystique.)

Dub..., Marie, 20 ans, domestique.

Réglée à 17 ans. Ni enfants, ni fausses couches.

Certain degré d'alcoolisme; il arrive fréquemment à la malade de boire trois, quatre apéritifs dans la journée, et un litre de vin.

L'affection pour laquelle elle entre volontairement à l'hôpital le 30 novembre 1896, aurait débuté il y a six jours, mais auparavant elle avait des pertes abondantes, qui se sont accentuées depuis le dernier coït.

On constate à l'examen une rougeur intense de la vulve qui est le siège d'un suintement abondant. L'urèthre contient une goutte purulente.

La petite lèvre gauche est très augmentée de volume, rouge, peu douloureuse au toucher, et présente une consistance rénitente, sans fluctuation.

La pression ne fait pas sourdre de pus par l'orifice du canal de Bartholin.

Le 1^{er} décembre il est fait une injection de 1/2 centimètre cube d'alcool salycilé à saturation dans la glande, par ponction du côté de la muqueuse de la grande lèvre. On ne note à la suite de cette injection ni douleurs, ni symptômes d'inflammation locale; l'induration de la glande persiste six jours seulement, et la malade sort guérie le 6 décembre, sans qu'une seconde injection ait été nécessaire.

OBSERVATION XVI

(Bartholinite kystique.)

Bon..., Clotilde, âgé de 38 ans, fille publique.

Réglée à 22 ans. Premier coït à 25 ans. Un enfant à 29.

Syphilis en décembre 1895. La malade a fait différents sé-

jours aux Chazeaux pour des plaques muqueuses, une blennorrhagie, des végétations vulvaires.

Le 18 mai 1897 la malade présente une bartholinite kystique.

On sent, à la palpation, dans la grande lèvre gauche, une tumeur de la grosseur d'une noisette environ, non douloureuse à la pression, rénitente mais sans fluctuation. On fait une ponction et l'aspiration permet de retirer quelques gouttes d'un liquide visqueux couleur chocolat.

A ce moment, il est fait dans la glande, par transfixion, une injection de 1/4 de centimètre cube d'alcool salicylé saturé. Pas de douleur, à part celle de la piqure de l'aiguille. Pas de réaction inflammatoire locale.

Le 25 mai on ne trouve plus qu'un petit noyau induré dans lequel on juge inutile de faire une nouvelle injection. La malade sort guérie.

Encouragé par les résultats obtenus par M. le docteur Cordier, M. le docteur Coignet a expérimenté à son tour dans cinq cas le traitement par les injections d'alcool salicylé saturé, et cinq fois il a obtenu une prompte guérison.

OBSERVATION XVII (communiquée par M. le Dr Coignet).

(Bartholinite kystique).

Py, Marie-Louise, 24 ans, domestique.

Réglée à 20 ans. Premier coït à 21 ans.

La malade entre à la clinique le 7 mai 1896 pour une blennorrhagie et une bartholinite kystique. La glande donne au doigt la sensation d'une petite boule ; il n'y a pas d'écoulement par l'orifice extérieur. Deux injections d'alcool salicylé (un centimètre cube) faites dans la glande, sont nécessaires pour amener la guérison qui du reste ne se fait pas attendre plus de quinze jours.

OBSERVATION XVIII. (communiquée par M. le Dr Coignet).

(Bartholinite kystique).

Dupont, Marie, 24 ans, lingère.

Premier coït en avril 1896. Quelques jours après, la malade a des pertes abondantes et se voit obligée d'entrer à la clinique le 26 mai 1896.

A l'examen la malade présente une vulvo-vaginite intense accompagnée de vaginisme. On constate également à gauche, l'existence d'un noyau de la grosseur d'une noisette, rénitent, indolent, dans la base de la grande lèvre. La pression ne fait pas sourdre de pus par l'orifice du canal de Bartholin.

Une seule injection dans la glande d'un centimètre cube de la solution d'alcool salicylé à saturation suffit pour amener une guérison rapide. La vaginite et le vaginisme persistent plus longtemps et la malade sort le 7 juillet 1896.

Les trois autres malades soignées par M. le docteur Coignet, étaient atteintes de bartholinite suintante. Toutes les trois ont été guéries par les injections d'alcool salicylé à saturation (communication orale).

OBSERVATION XIX.

(Bartholinite subaiguë traitée par l'injection au chlorure de zinc.)

Burd., Marthe, 20 ans.

Réglée à 14 ans, toujours très irrégulièrement. Pas d'antécédents vénériens.

Entre le 24 janvier 1896 pour une blennorrhagie qui aurait débuté il y a 8 jours.

A l'examen, la vulve et le vagin sont le siège d'une in-

flammation intense et d'une sécrétion jaunâtre et épaisse, abondante.

Une pression exercée d'avant en arrière sur le canal de l'urèthre fait sourdre une goutte de pus également épais et jaunâtre.

Les mictions sont douloureuses ; elles s'accompagneraient d'un peu de sang.

La malade présente, en outre, une tuméfaction prononcée de la partie inférieure de la grande lèvre droite. On sent, de ce côté, la glande de Bartholin gonflée, fluctuante et douloureuse. En la comprimant, on fait sortir par l'orifice enflammé et excorié du canal excréteur, une goutte de pus crémeux.

Le 28 janvier, cautérisation de la glande au moyen de l'injection de Lannelongue ; cette injection provoque de très vives douleurs et est bientôt suivie d'une élimination en masse des tissus.

La malade sort le 17 février. A ce moment, on note la persistance d'une cicatrice profonde, accompagnée d'une fistule suintante conduisant à la place primitivement occupée par la glande.

CONCLUSIONS

I. — La bartholinite, maladie fréquente, surtout chez les prostituées, reconnaît le plus souvent la blennorrhagie pour cause. Sa prédominance du côté gauche a été beaucoup exagérée.

II. — Elle peut se présenter cliniquement sous trois formes : la forme aiguë qui peut se réveiller au moment des règles et après des excès de coït et donner lieu à de la bartholinite suppurée à répétition ; la forme chronique suintante, secondaire ou d'emblée ; la forme kystique.

III. — Le pronostic de la bartholinite aiguë ne présente aucune gravité, dans la majorité des cas ; les récidives fréquentes, le passage à l'état chronique, l'assombrissent néanmoins. La bartholinite suintante, le plus souvent rebelle aux divers traitements proposés, est non seulement une affection pénible pour la femme qui en est atteinte, et aggravée par la possibilité de fistules qui viennent souvent en prolonger la durée, mais elle constitue encore un danger pour l'hygiène publique, en ce qu'elle est une source

fréquente et difficilement reconnue, de la blennorrhagie chez l'homme. La bartholinite kystique comporte un pronostic beaucoup moins grave.

IV. — L'existence de lobules aberrants, de prolongements anormaux, permettent de comprendre la constitution des fistules vulvo-vulvaires, vulvo-périnéales, vulvo-rectales, vulvo-vaginales, dont le point de départ sera facilement reconnu par l'analyse microscopique du pus, et la recherche du gonocoque, ou, en son absence, des cellules épithéliales glandulaires.

V. — L'extirpation de la glande suintante ou kystique est un moyen radical mais en même temps une véritable opération qui peut devenir le point de départ de nombreux accidents : hémorrhagie, phlébite, suppuration et donne toujours lieu à des cicatrices gênantes ou vicieuses.

VI. — Les injections dans la glande d'alcool salicylé à saturation ont donné des résultats tels dans les cas de dilatation kystique ou de suintement persistants, qu'elles paraissent devoir être désormais le seul traitement à employer.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
SOULIER.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ASTRUC. — Traité des maladies vénériennes, traduit par M. Louis. Paris, 1777.
- AUDRY. — Précis des affections blennorrhagiques, 1894.
- M^{me} BOIVIN ET DUGÈS. — Traité des maladies de l'utérus. Paris, 1833.
- BRETON. — Thèse de Strasbourg, 1861.
- CHEVALERIAS. — Thèse de Paris, 1882.
- CULLERIER. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1861.
- DARAN. — Traité complet de la gonorrhée virulente. Paris, 1756.
- DIDAY. — La pratique des maladies vénériennes. Paris, 1894.
- DUVERNOY. — Traitement des kystes des glandes vulvo-vaginales par les injections de $ZnCl$. In Annales de gynécologie, 1880.
- FAUVEL. — Thèse de Paris, 1886.
- FINGER. — La blennorrhagie et ses complications. Traduction Hogge. Paris, 1894.
- GOSSELIN. — Cliniques chirurgicales de la Charité. Paris, 1873.
- GUÉRIN (A.) — Leçons sur les maladies des org. génit. ext. de la femme. Paris, 1861.
- HAMONIC. — Annales de dermatologie, 1883.

- HUGUIER. — Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme. Paris, 1846. — Mémoire sur l'anatomie et la physiologie des glandes vulvo-vaginales. In Annales des sciences naturelles. Paris, 1846.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1886.
- LANGLEBERT. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1864.
- MANQUAT. — Traité de thérapeutique. Paris, 1897.
- MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes. Paris, 1883.
- MARESCHAL. — Thèse de Paris, 1873.
- MARTIN et LÉGER. — Recherches sur l'anat. et la phys. des appareils génitaux externes de la femme. In Archives de médecine. Paris, 1862.
- MICHAUX. — In traité de pathologie externe de Duplay et Reclus.
- PARENT-DUCHATELET. — De la prostitution dans la ville de Paris, 1836.
- POUILLET. — Des écoulements blennorrhagiques. Paris, 1879.
- POZZI. — Traité de gynécologie. Paris, 1897.
- RICORD. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1838.
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes. Paris, 1865.
- SOULIER. — Traité de thérapeutique.
- TILLAUX. — Anatomie topographique. — Traité de chirurgie clinique.
- VERCHÈRE. — De la blennorrhagie chez la femme. Paris, 1894.
- WEST. — Traité des maladies des femmes. Traduction Mauriac.
- Et les divers traités classiques.
-

